

(処理日)

# 健康保険 賞与不支給報告書

常務	事務局長	部長	課長	係長	係員

① 事業所記号	② 事業所名

この報告書は、賞与支払予定月に賞与の支給がなかった場合に提出してください。

賞与支払予定年月	③ 賞与支払年月	④ 支給の状況
令和 年 月	令和 年 月	不支給 1

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下⑤も記入してください。

変更前の賞与 支払予定月	⑤ 変更後の賞与 支払予定月
月 月 月 月	月 月 月 月

備考

社会保険労務士記載欄

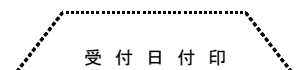
事業所所在地 〒 \_\_\_\_\_

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( ) 局 \_\_\_\_\_ 番

令和 年 月 日提出


  
 受付日付印