賞 与

健 康 保 険

被保険者賞与支払届

―総括表―

常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	担当者

受付印

提出者記入欄		
	健康保険 被保険者証記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	令和　　年　　月　　日提出
	事業所 所在地	〒　　―
	事業所 名 称	
	事業主 氏 名	㊞
	電話番号	(　　)

社会保険労務士記載欄｜氏名等
㊞

・この届書は、賞与の支給がなかった場合にも提出してください。

賞与支払情報					
	賞与支払予定年月日	7.　令和　　年　　月　　日			
	① 賞与支払年月日	7.年月日	年	月	
	② 支給の有無	0.　支給　　1.　不支給　※「1.不支給」の場合、以下③～⑥欄への記入は必要ありません。			

賞与支払情報内訳				
	③ 被保険者人数	人	④ 賞与支給人数	人
	⑤ 賞与支払総額	円		
	⑥ 賞与の名称			

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下⑦も記入してください。

変更										
	⑦ 賞与支払予定月の変更	月	月	月	月	賞与支払予定月変更前	月	月	月	月