

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	主任	課員

様式コード			
2	2	6	6

健康保険 賞与不支給報告書

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健保記号 (数字)	
	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。

賞与支払情報	賞与支払予定年月	9. 令和 年 月
	① 賞与支払年月	9. 令和 年 月
	② 支給の状況	1. 不支給

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下③も記入してください。

変更	③ 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

受付印