様式コード			
2	2	6	6

健 康 保 険　　# 賞与不支給報告書

常務理事	事務長	課長	係長	係

令和　　年　　月　　日 提出

提出者記入欄

健康保険 被保険者証記号	
事業所 所在地	〒
事業所 名　称	
事業主 氏　名	
電話番号	(　　)

受付印

社会保険労務士記載欄

氏　名　等

・この報告書は、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