

健康保険 賞与不支給報告書

事業主欄	事業所記号		提出日：令和	年	月	日	受付日付印	
	事業所所在地	〒						—
	事業所名称							
	事業主氏名							
	電話番号	()						
							社会保険労務士の提出代行者	

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	賞与支払年月	令和	年	月
	支給の状況	1.不支給		

※年間の賞与支払予定を変更する場合は以下も記入してください。

変更	変更後の賞与支払予定月	月	月	月	月

◎今後の賞与支払予定月が、現在登録されている賞与支払予定月と異なる場合や、賞与支払予定がなくなった場合は、以下の例を参考にご記入ください。

【記入例 1】賞与支払予定月を「7月」「12月」から「8月」「12月」に変更する場合

※変更後の支払予定月を記入してください。

変更	変更後の賞与支払予定月	0	8	1	2				
		月	月	月	月				

【記入例 2】賞与支払予定がなくなった場合

※変更後の予定月に全て「00」を記入してください。

変更	変更後の賞与支払予定月	0	0	0	0	0	0	0	0
		月	月	月	月	月	月	月	月

常務理事	事務長			担当