決裁日付		年		月	日
常務理事	事務長	ｸﾞﾙｰﾌﾟ統括	課長	係長	担当

健康保険　賞与支払情報報告書

令和　　年　　月　　日 提出

提出者記入欄

事業所番号	
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、賞与が年4回以上支払われる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	月	月	月
① 賞与支払年月	9. 令和	年	月	月	月	月
② 支給の状況	1. 不支給 2. 年4回以上					

・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