常　務	事務長	課　長	係

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	事業所記号	
	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
	賞与支払年月	9. 令和　　年　　月
	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も記入してください。

変更	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