

常務理事	事務局長	部 長	課 長	担 当 者

## 健康保険 賞与不支給報告書

この報告書は、賞与支払予定月に賞与の支払いがなかった場合に提出してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

提出者記入欄	健康保険 被保険者記号				
	事業所所在地	〒 _____			
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電 話	( _____ )	_____	_____	_____

社会保険労務士記載欄
氏名等

賞与支払情報	賞与支払予定日	令和 年 月
	賞与支払年月	令和 年 月
	支払の状況	1. 不支給

従前の賞与支払予定月を変更する場合は、以下の項目について記入してください。

変更後	賞与支払月	月	月	月	月	変更前	賞与支払月	月	月	月	月

民間放送健康保険組合