

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		〒	社会保険労務士記載欄	受付印
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	()			

◇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。

支払情報	① 賞与支払年月	9. 令和		年		月
	② 支給の状況	不支給				