様式コード			
2	2	6	6

事務局長	部長	課長	係長	担当者

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

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

事業所記号				

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

・この届書は、賞与の支払いがなかった場合に提出してください。

賞与支払情報

① 賞与支払年月	9. 令和	年	月
支給の状況	不支給		
② 賞与の区分	夏期賞与・冬期賞与・その他（　　）		

東京都医業健康保険組合

（3.4）