

健康保険 被保険者賞与支払届 総括表

常務理事	事務長	担当者	

事業所の記号			
1	2	3	4

* 本表は健保組合用です。

* この総括表は、賞与支払予定月に賞与の支給がなかった場合にも提出してください。

賞与支払予定年月	① 賞与支払年月日	支給の有無
令和××年××月	令和 ××年 ××月 ××日	<input checked="" type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給

※「不支給」の場合、①～④欄への記入は不要です。

② 被保険者数 (賞与支給日現在)	③ 賞与を支給した 被保険者数	④ 賞与支給総額
120人	100人	36580000円

賞与の名称
〇〇賞与

※従前の賞与支払予定月を変更する場合は記入してください。

賞与支払予定月(変更前)	賞与支払予定月(変更後)
月 月 月 月	月 月 月 月

—健保記入欄—

標準賞与額						千円
-------	--	--	--	--	--	----

事業所所在地	〒×××-×××× 令和××年××月××日
事業所名称	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇××-×××
事業主氏名	〇〇〇〇株式会社
電話番号	〇〇〇〇
	111 (222) 3333

受付印
