様式コード			
2	2	6	6

健康保険
厚生年金保険

被保険者賞与支払届
―総括表―

常務理事	事務長			担当

平成　　年　　月　　日提出

提出者記入欄		
事業所整理記号		
事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		㊞ ※ 押印または自署
電話番号	（　　）	

受付印

社会保険労務士記載欄	
氏名等	㊞

・この届書は、賞与の支給がなかった場合にも提出してください。
（賞与支給予定月に総括表の提出がない場合、後日お知らせが送付されます。）

賞与支払届			
	賞与支払予定年月	7.平成　　年　　月	
①	賞与支払年月	7.平成　　年　　月	
②	支給の有無	0. 支給　1. 不支給	※「1. 不支給」の場合、以下③～⑥欄への記入は必要ありません。

賞与支払届内訳				
③	被保険者人数	人	④ 賞与支給人数	人
⑤	賞与支給総額	0 0 0円		
⑥	賞与の名称			

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下⑦も記入してください。

変更										
⑦	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