健 康 保 険
厚生年金保険

賞与不支給報告書

令和　　年　　月　　日

提出者記入欄		
	事業所番号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	（　　）

受付印

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

・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。

賞与支払情報		
	賞与支払予定年月日	令和　　年　　月
	賞与支払年月	令和　　年　　月
	支給の状況	1.　不支給

・従前の賞与支払予定月を変更する場合は以下も記入してください。

変更										
	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

処理年月日　令和　　年　　月　　日

※決裁欄	理事長	常務理事	事務長	係

(2021.5)