健康保険組合
被保険者賞与支払状況確認表

常務理事	事務長	次　長	係　長	担当者

受付印

提出者記入欄		
	健保記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電　　話	（　　）

社会保険労務士の提出代行者
名称
所在地

賞与支払情報		
①	支給の有無	支給　・　不支給
②	賞与支払月	令和　　年　　月
③	賞与支給人数	人
④	賞与支給総額	賞与支給総額は、賞与額（千円未満切り捨て）の総計を記入してください。 0 0 0 円
⑤	賞与支払予定月の変更	変更なし　／　変更あり　変更後の賞与支払予定月を記入してください。 （　・　・　・　）月

記入方法　／　次の事項に注意のうえご記入ください。	
① 支給の有無	賞与を支給した場合は“支給”を、支給がなかった場合は“不支給”を〇で囲んでください。
② 賞与支払年月	賞与を支給した年月をご記入ください。
③ 賞与支給人数	賞与を支給した被保険者人数をご記入ください。
④ 賞与支給総額	賞与支給総額は、賞与額（千円未満切り捨て）の総計を記入してください。
⑤ 賞与支払予定月の変更	賞与支払予定月が変更がない場合は“変更なし”を、変更がある場合は“変更あり”を〇で囲んでください。 “変更あり”を選択した場合は、変更後の賞与支払予定月を記入してください。