常務理事	事務長	担当者	

健康保険　被保険者賞与支払届
総 括 表

事業所の記号

◇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	□支給　□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
人	人	円

賞 与 の 名 称

※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

令和　　年　　月　　日提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	

受付日付印