健 康 保 険　被 保 険 者 賞 与 支 払 届

月分保険料（　　月告知書発送）で計算します。

事業所記号		賞与支払年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	賞与額	標準賞与額	備考
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	
		百万　千　円	千円	

社会保険労務士記載欄

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

事業所所在地	〒　　－
名称	
事業主氏名	
電話	（　　）局　　番

※控えが必要な場合は記入後に、この届をコピーしてください。