様式コード			
2	2	6	6

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

提出者記入欄

事業所整理記号	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	9. 令和　　年　　月	
① 賞与支払年月	9. 令和	年　月
② 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③も記入してください。

変更

③ 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

この報告書は、すべての被保険者に賞与を支給しなかった場合にご提出いただくものです。

記入方法

提出者記入欄　：事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称･所在地変更時に付された記号をご記入ください。

事業所整理記号			0	1	－	イ	ロ	ハ	

①賞与支払年月　：　予定していた賞与支払を行わなかった年月をご記入ください。

②支給の状況　：　記入の必要はありません。

③賞与支払予定月の変更　：　今後の賞与支払予定月が、現在登録されている賞与支払予定月と異なる場合や、賞与支払予定がなくなった場合にご記入ください。

【記入例1】 賞与支払予定月を「7月」「12月」から「8月」「12月」に変更する場合

※変更後の支払予定月を記入してください。

変更	③ 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
		08	12				07	12		

【記入例2】 賞与支払予定がなくなった場合

※変更後の予定月に全て「00」を記入してください。

変更	③ 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
		00	00	00	00		07	12		