

健康保険被保険者賞与支払届

処 理 伺 (令和 年 月 日)					
常 務	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担当者

被保険者証の記号	〇〇〇〇	賞与支払年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者証の番号	氏 名	生 年 月 日	賞与支給総額 (円)	標準賞与額 (千円)	備 考
〇〇〇〇〇	健保 太郎	昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日	000,000	000	
		昭和・平成 年 月 日			
		昭和・平成 年 月 日			
		昭和・平成 年 月 日			
		昭和・平成 年 月 日			
		昭和・平成 年 月 日			

(記載上の注意点)

- * 賞与支給総額は、所得税等諸控除前の金額を記入してください。
- * 賞与額は賞与支給総額から千円未満を切り捨て、千円単位で記入してください。
- * 賞与が支払われない場合でも、「賞与額」の欄に0と記入して、必ずご提出ください。
- * 印字されていない方がある場合は、追記してください。
- * 退職者がいる場合は、線で抹消し備考欄に退職年月日を記入してください。

事業所所在地	〒0000-0000
事業所名	東京都豊島区〇〇 2-3-4
事業主名	〇〇歯科医院
電話番号	〇〇 〇〇
	000-0000-0000

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄	
名 称	
氏 名	
電 話 番 号	