・賞与支払届総括表と一緒に提出してください。
・賞与支払届総括表と被保険者賞与支払届は支払月単位の提出となります。
・記入例で記入されている箇所は記載必須項目となります。
※同月に2回以上賞与の支給があった場合は合算して提出となります。

≪記入例≫

健康保険 **被保険者賞与支払届**

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

届出コード	処理区分
2 4 9	

① 賞与支払年月日
令和 元 年 6 月 12 日

支給年月日が同じ場合はここに記入

事業所の記号を記入

事業所記号	X X 1	社労士コード		賞与支払予定年月	令和 年 月

通貨によって支給した金額

② 被保険者証番号	③ 元号・生年月日	④ 賞与支払年月日	⑤ 賞与額(合計)	被保険者の氏名	賞与額 ㋒通貨によるものの額	賞与額 ㋓現物によるものの額	種別 作成原因
1	5.28.2.1	令和 年 月 日	205 千円	健保太郎	205,375 円	0 円	※
15	5.48.8		100 千円	健保花子	100,000 円	0 円	※
20	5.37.9.2	令和 元年 6 月 25 日	175 千円	健保二郎	175,600 円	0 円	※
		令和 年 月 日	千円		円	円	※
		令和 年 月 日	千円		円	円	※
		令和 年 月 日	千円		円	円	※
		令和 年 月 日	千円		円	円	※
		令和 年 月 日	千円		円	円	※

再雇用等で被保険者番号が変更になっている場合は必ず新しい番号を記載

通貨以外の現物により支給した金額

①の支払年月日と同じ場合は無記入。
異なる場合(同月支払い)はその支払日を記入。

㋒および㋓の合計額から1,000円未満を切り捨てた額を記入。
なお、10,000千円以上となる場合は「9999」を記入

印刷製本包装機械健康保険組合

事業所所在地	〒 135 ― 0000 東京都江東区毛利2-1-3
事業所名称	㈱健保システム
事業主氏名	健保太郎 代表者印 ㊞
電話	03 (3456) 7890

令和 年 月 日 提出
受付日付印

社会保険労務士記載欄
㊞

※印欄には記入しないでください。