

令和 年 月 日

適用関係届出の回答書

健保事業所記号_____

事業所名_____ 法人番号(13桁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当者_____

電話番号_____

1. 賞与支払予定

◎給与規程等に定められている賞与支払予定月を記入してください。

_____月_____月_____月

◎それ以外に払われる（役員等）賞与支払予定月を記入してください。

_____月_____月_____月

※予定月に賞与の支払いが無い場合でも、賞与不支給報告書の提出が必要となりますので必ず記入してください。

2. 貴社は資本金額等が1億円を超える事業所ですか？該当する番号を丸で囲んでください。

1.はい ⇒ 電子申請による届出が義務となります

2.いいえ ⇒ 3.賞与支払届出方法についてご回答ください

以下は上記の問について 2.いいえ をご選択いただいた場合のみ記入してください。

3. 賞与支払届出方法

◎届出方法を丸で囲んでください。

1. 電子申請による届出

2. 自社作成の CD/DVD または用紙による届出

回答につきましては、FAXにてご返信ください。

回答先 東京都電機健康保険組合 適用課 FAX 03-3834-7218