

【健康保険組合用】

健康保険 厚生年金保険 適用事業所全喪届

◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎記入方法・添付書類については、裏面をご確認下さい。

① 事業所記号		② 事業所番号		送信	③ 全喪年月日			④ 全喪の原因		送信	(ア) 事業所名称
-					令和	年	月	日	解散 1 任適脱退許可 4		休業 2 認定全喪 5
事業所記号 (健康保険)							一括適用 8				
(イ) 全喪後の連絡先						(ウ) 全喪の事由					
住所	〒 -										
氏名											
電話番号	()										
(エ) 事業再開見込年月日				(オ) 備考							
令和	年	月	日								

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -										
事業所名称											
事業主名											
電話	()										

受付印

社会保険労務士の提出代理者

【記入の方法】

- 1 ③は、被保険者全員が資格を喪失した日（退職の日の翌日）を記入してください。
- 2 ④は、該当する数字に○印で囲んでください。
- 3 (イ)は、確実に連絡が取れる住所を記入して下さい。
- 4 (ウ)は、全喪の事由を詳細に記入してください。
- 5 (エ)は、④「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。

【注意事項】

- 1 この届書は、被保険者資格喪失届と一緒に提出してください。
- 2 全喪の原因の確認できる次のいずれかの書類を添付してください。
 - ① 雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）の写（交付先：公共職業安定所）
 - ② 解散登記の記載がある登記簿謄本の写（交付先：法務局）
 - ③ 上記の書類の添付が困難な場合は、給与支払事務所等の廃止届出書の写（提出先：税務署）等、適用事業所に該当しなくなったことがわかる書類