

正	届書コード	届書
	1 0 2	

健康保険
厚生年金保険
適用事業所全喪届

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	係員

※「印欄」は記入しないでください。

① 事業所整理番号 <small>(健康保険被保険者証の記号)</small>	② 事業所番号 <small>(保険料納入告知書の番号)</small>	送 信	③ 全喪年月日	④ 全喪の原因	送 信	⑦ 事業所名称
※			平成 年 月 日 令和 年 月 日	解散 1 任適脱退認可 4 休業 2 認定全喪 5 合併 3 その他 7 一括適用 8		
① 全喪後の連絡先				⑦ 全喪の事由		
住所	〒 —					
氏名						
電話番号	(局) 番					
⑤ 事業再開見込年月日			⑧ 備考			
平成	年	月	日			
令和						

事業所所在地	〒 —	
事業所名称		
事業主氏名	(局) 番	
電話		

年 月 日 提出

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

|                |     |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | (印) |
|----------------|-----|

税務会計監査事務所健康保険組合