

健康保険 適用事業所全喪届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

①事業所整理記号	②事業所番号	③ 全 喪 年 月 日			④ 全 喪 の 原 因			⑦ 事業再開見込年月日				
※		令 和	年	月	日	解散 1	任意脱退認可 4	一括適用 8	令 和	年	月	日
						休業 2	認定全喪 5					
						合併 3	その他 7					
④全喪後の連絡先						⑦全喪の理由						
住 所 〒 -												
氏 名												
電話番号 () 番												

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() 番

社 会 保 険 労 務 士

令和 年 月 日 提出

受付日付印

【記入の方法】

- ③は、被保険者全員が資格喪失した日（退職の日の翌日）を記入してください。
- ④は、該当する数字に○印で囲んでください。
- ⑦は、④「全喪の原因」が休業の場合に記入してください。
- ⑦は、詳細に記入してください。

【注意事項】

- 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。
- 全喪の原因の確認できる書類を添付してください。

(例)記載内容を確認できる種類

解散登記の記載がある登記簿謄本、雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）、給与支払事務所等の廃止届等の写