

健康保険 適用事業所全喪届

常務理事	事務長	課 長	課長補佐	係 長	係

事業所記号			事業所名称			全喪年月日 (「事業所廃止年月日」の翌日)				全喪の原因		事業所廃止年月日			
						令和		年		月		日	1. 解散 2. 休業 3. 合併 4. 任適脱退認可 5. 認定全喪 6. その他 7. 一括適用	令和 年 月 日	
全喪後の連絡先（書類等の送付先）									全喪（廃止）等の事由						
住所 名称 電話		〒 — ()													
備 考															

		年 月 日 提出	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話		〒 — ()	

【添付書類】

次のいずれかの添付が必要となります。

・解散登記の必要がある法人（商業）登記簿謄本の写し。

・雇用保険適用事業所廃止届の写し。

上記書類の添付が困難な場合

・事業廃止等を議決した取締役会議事録の写し。

・給与支払事務所等の廃止届の写し。

受付日付印