

健康保険 適用事業所全喪届

| ① 事業所記号 | | | | ② 全喪年月日 | | | ③ 全喪の原因 | | | ⑦ 廃止等の年月日 | | | | | | | | |
|-------------|-------------------------|---|---|---------|---|---|-----------|--|----|-----------|--------------------------------|----|----|---------|----|---|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 3 | 1 | 1 | 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 | | 2 | 12 | 31 |
| ① 事業所名称 | 〇〇〇金属 株式会社 | | | | | | ④ 全喪後の連絡先 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇〇 9-8-7-601 健保 太郎 | | | | | | | | | | |
| ⑦ 廃止等の理由 | 景気後退のあおりを請け、業績悪化となったため。 | | | | | | | TEL (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | |
| ⑧ 事業再開見込年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | ⑤ 備考 | 届出内容等の確認のため、当組合から連絡を取らせていただく場合がありますため、連絡先をご記入ください。 | | | | | | | | | | |

令和 年 月 日 提出

| | |
|-----------|--------------------|
| 事業所所在地 | 大阪市〇〇区〇〇〇1-2-3 |
| 事業所名称 | 〇〇〇金属 株式会社 |
| (新) 事業主氏名 | 健保 太郎 |
| 電話番号 | (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 |

| |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者欄 |
| |

◎ 記入の方法及び添付書類については、記載要領をご参照ください。