

# 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				
				令和	年	月	日	1. 解散	4. 任適脱退認可	7. 一括適用	令和	年	月	日
								2. 休業併	5. 認定全喪					
① 事業所 名称								④ 全喪後の 連絡先	〒 —					
⑧ 廃止等 の理由									TEL ( ) —					
⑨ 事業再開 見込年月日	令和 年 月 日							⑤ 備考						

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	
事業所名称	
(新) 事業主氏名	
電話番号 ( ) —	

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。