

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			(ア) 廃止等の年月日									
				平成		年		月		日	1. 解散	4. 任包脱退認可	7. 一括適用	平成		年		月		日
(イ) 事業所名称		(オ) 〒 — 全喪後の連絡先 TEL (局) 番									(カ) 備考									
(ウ) 廃止等の理由																				
(エ) 事業再開見込年月日																				

平成 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印		⑩
----------------	--	---

事業所所在地 事業所名称 事業所氏名 T E L	〒 — (局) 番
-----------------------------------	---

◎ 記入の方法及び注意事項をお読みいただき必要書類を添えてご提出ください。

【記入の方法】

1. ②は、全員が資格喪失した日(廃止等の日の翌日)を記入してください。
2. (ウ)は、理由を詳しく記入してください。
3. (エ)は、③「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。

【注意事項】

1. この届出は資格喪失届と一緒に提出してください。
2. 全喪の原因の確認できる書類を添付してください。

(例)全喪の原因の確認できる書類

- ・雇用保険適用事業所廃止届 事業主控、解散登記の記載のある登記簿謄本の写