

健康保険 適用事業所全喪届

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

◎記入の方法については裏面をご参照ください。

① 事業所整理記号		② 事業所番号		送 信	③ 全 喪 年 月 日				送 信	④ 全 喪 の 原 因				⑦ 事業再開見込年月日															
					令和	年	月	日		解散 1	任適脱退認可 4	送 信	令和	年	月	日	休業 2	認定全喪 5	送 信	令和	年	月	日	合併 3	その他 7	送 信	令和	年	月
① 全 喪 後 の 連 絡 先													② 全 喪 の 事 由																
住 所	〒 -																												
氏 名																													
電 話 番 号																													

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -										
事業所名称											
事業主氏名											
電 話	(局) 番										

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

【記入の方法】

1. ③は事実発生日の翌日を記入してください。「④全喪の原因」が1、2の場合は被保険者全員が資格を喪失した日（退職の翌日）、3の場合は合併した日、4の場合は認可年月日の翌日、8の場合は承認年月日となります。
2. ④は、該当する数字を○印で囲んでください。
3. ㊦は、「④全喪の原因」が休業の場合に記入してください。
4. ㊧は、確実に連絡のとれる住所・電話番号を記入してください。
5. ㊨は、全喪の事由を詳しく記入してください。
6. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【注意事項】

1. 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。
 2. この届書には、全喪の原因が確認できる次のいずれかの書類を添付してください。
 - ①解散登記の記載のある法人登記簿謄本のコピー（破産手続廃止または終結の記載がある閉鎖登記がある閉鎖登記簿謄本のコピーでも可）（交付先：法務局）
 - ②雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）のコピー（交付先：公共職業安定所）
- ※①②の書類の添付が困難な場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
- ・給与支払事務所等の廃止届のコピー
 - ・合併、解散、休業等異動事項の記載がある法人税、消費税異動届のコピー
 - ・休業等の確認ができる情報誌、新聞等のコピー
 - ・事業廃止等を議決した取締役会議事録のコピー
 - ・その他適用事業所に該当しなくなったことを確認できる書類