常務理事	事務局長	課　長	課長代理	担当者

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	④全喪の事由（具体的かつ詳細にご記入下さい。）
	令和　年　月　日	1. 解散　4. 認定全喪 2. 休業　5. その他 3. 合併　6. 一括適用	

②被保険者全員が資格を喪失した日（退職の翌日）を記入してください。
③該当する数字を○で囲んで下さい。

事業所所在地	〒		
事業所名称			
事業主氏名及び印	印		
電話番号		事業再開見込年月日	令和　年　月　日

【全喪後の連絡先】
住　　所 〒

氏　　名

電話番号

年　月　日提出

（受付日付印）

【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下さい。
2. 全喪の原因の確認できる書類を添付して下さい。
（例）登記簿謄本、雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）等の写

健康保険組合使用欄

マスタ入力	名簿修正		回　覧	規約変更	公　告