

# 適用事業所全喪届

常務理事	事務局長	課長	課長代理	担当者

① 事業所の記号	② 全喪年月日 平成・令和 年 月 日	③ 全喪の原因 1. 解散 4. 認定全喪 2. 休業 5. その他 3. 合併 6. 一括適用	④ 全喪の事由 (具体的かつ詳細にご記入下さい。)
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】

- 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。
- 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