

届書コード			届書
1	0	2	

健康保険 厚生年金保険 適用事業所全喪届

所長	次長	課長	係長	係員

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ※印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号		② 事業所番号		送信	③ 全喪年月日			④ 全喪の原因		送信	⑦ 事業所名称	
※					平成	年	月	日	解散 1		任適脱退認可 4	
								休業 2	認定全喪 5			
								合併 3	その他 7			
									一括適用 8			
① 全喪後の連絡先						② 全喪の事由						
住所		〒										
氏名												
電話番号		(局) 番										
⑤ 事業再開見込年月日				⑥ 備考								
平成 年 月 日												

平成 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印	
	印

【記入の方法】

1. ③は、被保険者全員が資格を喪失した日（退職の日の翌日）を記入してください。
2. ④は、該当する数字に○印で囲んでください。
3. ㊦は、詳細に記入してください。
4. ㊧は、④「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。
5. 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. 全喪の原因の確認できる書類を添付してください。

（例）記載内容を確認できる書類

解散登記の記載がある登記簿謄本、雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）、給与支払事務所等の廃止届等の写

3. この届書に記入された情報（事業所名、所在地、全喪原因、全喪年月日）は、適用の適正化の観点から、地方社会保険事務局のホームページに掲示し、閲覧に供されることとなりますので、ご承知おきください。