

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	③ 全喪年月日	④ 全喪の原因	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	
④ 全喪後の連絡先			⑤ 全喪の事由	
住所	〒 -			
氏名				
電話番号	(局) 番			
⑥ 事業再開見込年月日	⑧ 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. ⑤は、詳細に記入してください。
4. ⑥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載し、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。