

常務理事	事務長	担当者

健康保険 適用事業所全喪届

事業所の記号		事業所番号		全喪年月日				全喪の原因		㊦ 事業所名称	
.....				令和	年	月	日	解 休 合 散 業 併 1. 2. 3. 任 認 そ 包 定 の 脱 全 他 4. 5. 6. 7.			
㊥ 全喪後の連絡先								㊧ 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	

受付日付印

社会保険労働士の提出代行者印	

1 は、被保険者全員が資格を喪失した日（退職の日の翌日）を記入して下さい。
2 は、該当する数字を。で囲んで下さい。
3 ㊦は、詳細に書いて下さい。
4 この届書は資格喪失届に添付して提出して下さい。