

健康保険
厚生年金保険

適用事業所全喪届(処理票)

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|---|-------------------|--|-------------|---|-------------|---|------------------------|--|----------|
| ① 事業所整理記号 | | ② 事業所番号 (告知番号) | | ③ 全 喪 年 月 日 | | ④ 全 喪 の 原 因 | | ア 廃 止 等 の 年 月 日 | | |
| | ※ | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 解 散 1. 業 2. 併 3. | 任 包 脱 退 認 可 4. 認 定 全 喪 5. そ の 他 6. 一 括 適 用 7. | 令和 年 月 日 |
| イ 事業所 名 称 | | | | | | | | オ 全喪後の 連絡先 | 〒 — | |
| ウ 廃止等 の理由 | | | | | | | | | 電話 (局) 番 | |
| エ 事業再開見込年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | カ 備 | | |
| | | | | | | | | 考 | | |

令和 年 月 日提出

- ◎ ※欄は記入しないで下さい。
 ◎ ③は、全員が資格喪失した日(廃止等の日の翌日)を記入して下さい。
 ◎ エは、④「全喪の原因」が「休業」の場合に記入して下さい。
 ◎ 全喪の原因の確認できる書類を添付して下さい。
 ・雇用保険適用事業所廃止届事業主控写
 ・解散登記の記載のある登記簿謄本等の写

| | |
|--------|---------|
| 事業所所在地 | 〒 — |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | 印 |
| 電 話 | (局) 番 |