

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	

事業所整理記号		事業所番号 (告知番号)	全喪年月日				全喪の原因				ア			
		XXXX	平成	X	X	0	3	0	1	解散1. 休業2. 合併3.	任包脱退認可4. 認定全喪5. その他7. 一括適用8.	ア	廃止等の年月日	
													平成XX年 2月29日	
イ	事業所 名称	〇〇〇〇株式会社						オ	全喪後の 連絡先	〒	XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇XX番X-X 株式会社 電話 012(345局)6789番			
ウ	廃止等 の理由	会社解散						カ	備					
エ	事業再開見込年月日	平成		年	月	日	考							

平成 年 月 日提出

欄は記入しないで下さい。
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、「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	〒	123 - 4567	
事業所名称	〇〇府〇〇区〇〇××番×		
事業主氏名	〇〇〇〇株式会社 野村太郎		
電話	011(222局)3333番		