健康保険

適用事業所全喪届

常務理事	事務長			担当

記　号	事業所名称	全喪年月日	全喪の原因
		令和　　年　　月　　日	1　解　散　　4　任包脱退認可 2　休　業　　5　認　喪 3　合　併　　7　その他

全　喪　の　事　由	全喪後の連絡先	
	住　所 氏　名 電話番号	〒　　－ （　　）

事業主欄		
	事業所所在地	〒　　－
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	（　　）

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

パレット健康保険組合