

正

副

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