|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 事務ｾﾝﾀｰ長  所　 　長 | | | 副事務ｾﾝﾀｰ長  副 所 長 | グループ長  課　　　長 | 担　当　者 |
| 届書コード | | | | |  | | **適用事業所全喪届**  **健康保険**  **厚 生 年 金 保 険** | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |
|  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |
| 1 | 0 | 2 | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◎記入の方法については裏面ご参照ください。 | | | ①事業所整理記号 | | | | | | | | | ②事業所番号 |  | ③全喪年月日 | | | | | | | ④　 全　 喪　 の　 原　 因 | | |  | ㋐事業再開見込年月日 | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  |  |  | 年 | | 月 | | 日 | | 任適脱退認可 4  解 散 1  休 業 2  合 併 3  認定全喪 5  その他 7  一括適用 8 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 年 | | 月 | | 日 | | | 平 成 | |  |  |  |  |  |  | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  | 平　成 |  | |  | |  | |  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | | | |
|  | | | 全　　　喪　　　後　　　の　　　連　　　絡　　　先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 全 　　　喪 　　　の 　　　事 　　　由 | | | | | | | |
|  | | | 住　　所  氏　　名  電話番号 | | | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | 平成　　年　　月　　日　提出  受付日付印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話 | | | | | | 〒　　　－    （　　　　　　　　　局）　　　　　　　　　　　番 | | | | | | | | | | | | |  |  | | --- | --- | | 社会保険労務士の提出代行者印 | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |

