|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 |
|  |  |

 |
|  |  |  |  |

