

様式コード			
2	1	0	2

健康保険 適用事業所 全喪届
厚生年金保険



記入例

① 令和 5 年 4 月 3 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	0000-ケマ	②	事業所番号	9999	
	事業所所在地	〒168-8599 東京都杉並区高井戸1-2-3				
	事業所名称	株式会社 健保産業 ③				
	事業主氏名	厚年 良子				
電話番号	03 (1234) 5678					

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印

- ① 届書提出日を記入してください。
- ② 事業所整理記号、事業所番号を**必ず**記入してください。
- ③ 事業所情報を記入してください。
- ④ 事実発生年月日の翌日を記入してください。
- ⑤ いずれかを○で囲んでください。
 1. 解散 : 事業を廃止または法人を解散した場合
 2. 休業 : 事業を休止(休業)した場合
 3. 合併 : 他の事業所と合併した場合
 8. 一括適用: 同一事業主の二以上の適用事業所が一の事業所となる承認を受けた場合
- ⑥ 全喪の事由で「7. その他」を選択した場合に、詳細を記入してください。
- ⑦ 届出内容の確認等のため、年金事務所や事務センターから連絡を取らせていただく場合がありますので、連絡先を記入してください。
- ⑧ 全喪の事由が「2. 休業」の場合は、事業を再開する見込年月日を記入してください。

事業所情報記入欄	④	全喪年月日	9. 令和	0	5	0	4	0	1	
	⑤	全喪の事由	1. 解散 7. その他 ② 2. 休業 8. 一括適用 3. 合併							
	③	全喪の事由(その他)	⑥							
	④	住所	〒168-7900 東京都杉並区浜田川3-2-1							
		全喪後の連絡先氏名	厚年 良子 ⑦							
		電話番号	03-1234-5678							
⑤	事業再開見込年月日	9. 令和	0	6	0	4	0	1		
⑥	備考									