

# 健康保険 適用事業所全喪届

事業所記号	事業所名称	全喪年月日
		令和 年 月 日
全喪後の連絡先		全喪の原因
〒 _____ 住所 氏名 電話 ( _____ )	1. 解散    4. 任適脱退認可 2. 休業    5. 認定全喪 3. 合併    6. その他 7. 一括適用	被保険者証の添付状況
全喪の理由		事業再開見込年月日
		令和 年 月 日
		備考

令和 年 月 日 提出

受付年月日

〒 _____
事業所所在地
事業所名称
事業主名
電話 ( _____ )

社会保険労務士記載欄