届書コード 1 0 2 ^書

健康保險 適用事業所全喪届

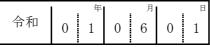
専務理事	常務理事	事務局長	部・室長	課長	係 長	係

_																									
◎ 記 ス	① 事業所整理記号			② 事業所番号			送	(3	全	全喪年月日			4	全	喪の原因			送	1	Ø	事業再開	見込年。	月日		
◎記入の方法に									信	令和	4	年	月	日	解 散休 業合 併	1 2 3	認定	の 1	可 4 喪 5 他 7 用 8	信		和	年	月	日
ついて					(1)	全 玛	更 後	色の	連	絡 先								C	全	主 喪	D	事	由		
には裏面をご	住	所	₹	_	-																				
ては裏面をご参照ください。	氏	名																							
° ,	電話	番号	()					_														
_	2	令和	年		月	E	打打	是出															/ 受付	 日付印	
	事業原	所 所 在	土地		_																				
	事 業	所 名	称																						
	事 業	主氏	名																社	会员	R 険 労	労 務	士記載	欄	
	電 話	番	号 ()				_														

【記入の方法】

1. ③は、事実発生日の翌日を記入してください。「④全喪の原因」が1、2の場合は被保険者全員が資格を喪失した日(退職日の翌日)、3の場合は合併した日、4の場合は認可年月日の翌日、8の場合は承認年月日となります。

たとえば、令和元年6月1日の場合は、



のように記入してください。

- 2. ④は、該当する数字を○印で囲んでください。
- 3. ⑦は、④「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。たとえば、令和元年6月1日の場合は、記入してください。



- 4. ⑦は、確実に連絡のとれる住所・電話番号を記入してください。

【注意事項】

- 1. この届書は、被保険者資格喪失届と一緒に提出してください。
- 2. この届書には、全喪の原因が確認できる次のいずれかの書類を添付してください。
 - ①解散登記の記載がある法人登記簿謄本のコピー(破産手続廃止または終結の記載がある閉鎖登記簿謄本のコピーでも可)(交付先:法務局)
 - ②雇用保険適用事業所廃止届(事業主控)のコピー(交付先:公共職業安定所)
 - ※ ①②の書類の添付が困難な場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
 - 給与支払事務所等の廃止届のコピー
 - 合併、解散、休業等異動事項の記載がある法人税、消費税異動届のコピー
 - 休業等の確認ができる情報誌、新聞等のコピー
 - ・事業廃止等を議決した取締役会議事録のコピー
 - その他適用事業所に該当しなくなったことを確認できる書類