

健康保険 適用事業所 全喪届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所 整理記号				
	事業所 所在地	〒 -			
	事業所 名称				
	事業主 氏名				
	電話番号	()			
社会保険労務士記載欄					
氏 名 等					
受付印					

事業所情報記入欄	① 全 喪 年 月 日	9.令		年		月		日	
	② 全 喪 の 理 由	1. 解散 3. その他 2. 休業							
	③ 全 喪 後 の 連 絡 先	住 所	〒 -						
		氏 名							
		電話番号							
④	業 態 (事業内容及び 主な出版物)								
⑤	事業所全喪までの経過								

この届書は、事業所の廃止等により適用事業所に該当しなくなる場合にご提出いただくものです。

- ・この届書とあわせて、被保険者全員分の『被保険者資格喪失届』を提出してください。
- ・任意適用事業所が認可取り消しを申請する場合には、『全喪届』の提出は不要です。『任意適用取消申請書』を提出してください。

記入方法

＜提出者記入欄＞ : 事業所整理記号は下図を参照し、ご記入ください。

事業所 整理記号	1	2	3	4
-------------	---	---	---	---

＜事業所情報記入欄＞

①全喪年月日 : 事実発生日、事実発生日に被保険者が在籍の場合は、事実発生日の翌日。

②全喪の理由 : 該当する事由について、以下の項目の数字を○で囲んでください。
なお、「その他」を選択した場合は()に具体的に記入してください。

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.その他	いずれの原因にも該当しない場合

③全喪後の連絡先 : 届出内容について連絡する場合がありますので、必ず記入してください。
事業所所在地と異なる連絡先でも構いません。

④業態 : 事業所が全喪するまでに行っていた、事業内容や主な出版物を具体的に記入してください。
(事業内容及び主な出版物)

⑤事業所全喪までの経過 : 事業所の廃止理由や経過を具体的に記入してください。

添付書類

次のうちいずれかの書類を添付してください。

- ・解散登記の記載がある法人登記簿謄本のコピー(破産手続き廃止または終結の記載がある解散登記簿謄本のコピー)
- ・雇用保険適用事業所廃止届(事業主控)コピー

上記書類を添付できない場合、(ア)～(エ)のいずれかの書類を添付してください。

- (ア) 給与支払い事業所等の廃止届のコピー
- (イ) 合併、解散、休業等の記載がある法人税、消費税異動届のコピー
- (ウ) 休業等の確認ができる情報誌、新聞等のコピー
- (エ) 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