

届書コード	届書
1 0 2	

健康保険
厚生年金保険
適用事業所全喪届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

◎記入の方法については裏面をご参照ください。

① 健康保険 被保険者証記号 厚生年金保険 事業所整理記号		② 厚生年金 事業所番号		③ 全喪年月日			④ 全喪の原因			⑦ 事業再開見込年月日												
健保	/	/	令和	年	月	日	解 休 合	1 2 3	任 適 脱 認 定 そ の 一	4 5 7 8	可 退 喪 他 用	令和	年	月	日
厚年	⑧ 全喪後の連絡先						⑨ 全喪の事由												
住所	〒 -																					
氏名																						
電話番号	() -																					

令和 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											
電話番号	() -										

社会保険労務士の提出代行者印
.....

【記入の方法】

- 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1年5月10日の場合は、

	年		月		日	
令和	0	1	0	5	1	0

のように記入してください。

- ④は、該当する数字を○印で囲んでください。
- 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2年6月1日の場合は、

	年		月		日	
令和	0	2	0	6	0	1

のように記入してください。

- ①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。
- ⑦は、全喪の事由を詳しく記入してください。
- 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

【注意事項】

- 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。
- 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・ハローワーク)
※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(交付先:税務署)
 - 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(交付先:税務署)
 - 休業等の確認ができる情報誌、新聞等のコピー
 - 事業廃止等を決議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
- この届書に記入された情報(事業所名、所在地、全喪年月日)は、日本年金機構のホームページに掲載されますので、ご承知おきください。