

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	散 業 併	1 2 3	任 適 脱 認 可 4 5 7 8	4 5 7 8	令和	年	月	日
厚年														
⑥ 全喪後の連絡先								⑧ 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	() -														

社会保険労務士記載欄 氏名等

【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、

令和	年	月	日
01	05	10	

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、

令和	年	月	日
02	06	01	

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。
- ②は、全喪の事由を詳しく記入してください。

【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。