

様式コード			
2	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

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	厚生年金保険 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	()	

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

事業所情報記入欄	① 全喪年月日	9. 令和	年	月	日	
	② 全喪の事由	1. 解散 2. 休業 (⑤を記入) 3. 合併 7. その他 (③を記入) 8. 一括適用				
	③ 全喪の事由 (その他) ※ 7.その他の場合に記入					
	④ 全喪後の 連絡先	住所	〒 —			
		氏名				
		電話番号				
	⑤ 事業再開見込 年月日 ※ 2.休業の場合に記入	9. 令和	年	月	日	
⑥ 備考						

<事業主記入欄>

健康保険被保険者証記号
厚生年金保険事業所整理記号

記号番号等は、下記を参照し、新規適用時等に付された記号・番号を記入してください。

健康保険 被保険者証記号	1	2	3	4															
厚生年金保険 事業所整理記号			0	1	-	A	B	C	事業所 番号	1	2	3	4	5					

事業所所在地
事業所名称
電話番号

事業所所在地を記入し、郵便番号も記入してください。

事業所名称を記入してください。

代表電話番号を記入してください。

<事業所情報記入欄>

① 全喪年月日

全喪の理由で「3.合併」を選択した場合は合併した日を、「8.一括適用」を選択した場合は承認年月日を記入してください。それ以外の場合は、事実発生日の翌日を記入してください。

② 全喪の事由

該当する事由について、以下項目の数字を○で囲んでください。

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. 合併	他の事業所と合併した場合
7. その他	いずれの原因にも該当しない場合
8. 一括適用	同一事業所の二以上の適用事業所が、一つの事業所となる承認を受けた場合

③ 全喪の事由（その他）

②全喪の事由で「7.その他」を選択した場合に記入してください。

④ 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。

⑤ 事業再開見込年月日

②全喪の理由で「2.休業」を選択した場合に、事業所を再開する見込年月日を記入してください。

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閉鎖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）のコピー

上記の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) 給与支払事業所等の廃止届のコピー
- (イ) 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
- (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

- ・ この届書とあわせて、被保険者全員の『被保険者資格喪失届』を提出してください。