

正

届書コード
1 0 2 届書

健康保険 厚生年金保険 適用事業所全喪届(処理票)

決裁

日付印

Table with 5 columns: 常務理事, 事務局長, 課長, 係長, 係員

◎この届書は、「健康保険・厚生年金保険被保険者資格喪失届」と同時に提出してください。
◎用紙の間にカーボン紙を入れて明確に記入してください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

Form with fields: ①健康保険被保険者証の記号, ②事業所番号, ③全喪年月日, ④全喪の原因, ⑦事業所名称

Form with fields: ①全喪の事由, ⑦全喪後の連絡先 (住所, 氏名, 電話番号)

令和 年 月 日 提出

Form with fields: 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話

受付日付印

社会保険労務士 記載欄



健康保険
厚生年金保険 適用事業所全喪届(処理票)

① 健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)		② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)		③ 全 喪 年 月 日			④ 全 喪 の 原 因		⑦ 事 業 所 名 称		
※				令 和	年	月	日	解 散 1. 任 包 脱 退 4. 休 業 2. 認 喪 5. 合 併 3. そ の 他 7.			

① 全 喪 の 事 由				② 全 喪 後 の 連 絡 先			
				住 所			
				氏 名			
				電 話 番 号	(局)	番	

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局)	番

所 長	次 長	保険給付課長	医療給付課長	年金給付課長	徴 収 課 長	適用(三)課長	調 査 官
健保給付係長	社保委台帳	収 納 係 長	計 算 係 長	滞納処分係	適用健保係長	適用年金係長	事業所名簿

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--