

届書コード		
1 0 2		
届 書		

健 康 保 险
厚 生 年 金 保 险 適用事業所全喪届

所長	次長	課長	係長	係員

記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
印欄は記入しないでください。

事業所整理記号	事業所番号	全喪年月日	全喪の原因	事業所名称
		送信 平成 年 月 日	解散 1 任適脱退認可 4 休業 2 認定全喪 5 合併 3 その他 7 一括適用 8	送信
イ 全喪後の連絡先		ウ 全喪の事由		
住所	〒 -			
氏名				
電話番号	(局) 番			
事業再開見込年月日	オ 備考			
平成 年 月 日				

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	印 (局) 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
印

【記入の方法】

1. は、被保険者全員が資格を喪失した日（退職の日の翌日）を記入してください。
2. は、該当する数字に 印で囲んでください。
3. ウは、詳細に記入してください。
4. エは、「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。
5. 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】

1. 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。
2. 全喪の原因の確認できる書類を添付してください。

（例）記載内容を確認できる書類

- 解散登記の記載がある登記簿謄本、雇用保険適用事業所廃止届（事業主控） 紙与支払事務所等の廃止届等の写
3. 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、適用の適正化の観点から、地方社会保険事務局のホームページに掲示し、閲覧に供されることとなりますので、ご承知おきください。

本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。