

健康保険
厚生年金保険

適用事業所全喪届

				担当者

◎記入の方法については裏面をご参照ください。

① 事業所整理記号		② 事業所番号		送 信	③ 全喪年月日				④ 全喪の原因				送 信	⑦ 事業再開見込年月日					
× × × ×		○ ○ ○			令和	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
① 全喪後の連絡先										⑦ 全喪の事由									
住所	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都○○区○○町1-2-3																		
氏名	○○ ○○○																		
電話番号	(03) 1 2 3 4 - 5 6 7 8																		
携帯番号	(080) 1 2 3 4 - 5 6 7 8																		

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1													
事業所名称	株式会社 ○○○○													
事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○○													
電話番号	(○○) ○○○○ - ○○○○													

社会保険労務士の提出代行者欄

--

