

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

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担当者

◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。

① 事業所整理記号		② 事業所番号		送信	③ 全喪年月日			送信	④ 全喪の原因			⑦ 事業再開見込年月日		
					令和	年	月		日	1 2 3	4 5 7 8	任 適 脱 退 認 可 の 他 適 用	令 和	年
⑧ 全喪後の連絡先						⑨ 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】

1. 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、令和元年6月1日の場合は、

令和	0	1	0	6	0	1
	年		月		日	

のように記入してください。

2. ④は、該当する数字を○印で囲んでください。
3. ⑦は、④「全喪の原因」が「休業」の場合に再開予定日を記入してください。

たとえば、令和4年6月1日の場合は、

令和	0	4	0	6	0	1
	年		月		日	

のように記入してください。

4. 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。
5. ⑨は、全喪の事由を詳しく記入してください。

#### 【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. 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）

※ 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
- ・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
- ・休業等の確認ができる情報誌、新聞等のコピー
- ・事業廃止等を議決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

※ 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およ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き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。