正

健康保険 適用事業所全喪届

常務理事	事務長	課長	係長	係

記入の方法は裏面に書いてありますのでよくお読みください。
「」印欄は記入しないでください。

事業所整理記号 健康保険被保険者証の記号		事業所番号	全喪年月日			全喪の原因			事業所名称	
			平成7	年	月	日	解散 1	認定全喪 5		
			令和9				休業 2	その他 7		
							合併 3	一括適用 8		
全喪後の連絡先						全喪の事由				
住所	〒 -									
氏名										
電話番号	()局 番									
事業再開見込年月日			備考							
平成7	年	月	日						適用年月日	
令和9									年 月 日	

東京都金属プレス工業健康保険組合

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	()局 番		

社会保険労務士の提出代行者印

副

健康保険 適用事業所全喪届

事業所整理記号 健康保険被保険者証の記号		事業所番号	全喪年月日				全喪の原因			事業所名称		
			平成7	年	月	日	解散 1	認定全喪 5				
			令和9				休業 2	その他 7				
							合併 3	一括適用 8				
全喪後の連絡先							全喪の事由					
住所	〒 -											
氏名												
電話番号	()局 番											
事業再開見込年月日			備考									
平成7	年	月	日							適用年月日		
令和9										年	月	日

東京都金属プレス工業健康保険組合

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -		
事業所名称			
事業主氏名	殿		
電話番号	()局 番		

【記入の方法】

1. の年号は、該当する数字を 印で囲んでください。
全喪年月日は、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、該当する数字を 印で囲んでください。
3. は、詳細に記入してください。
4. は、「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。
年号は、該当する数字を 印で囲んでください。
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登記簿謄本」の写（交付先：法務局）
 - (2) 「雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）」の写上記の書類の添付が困難な場合は、「給与支払事務所等の廃止届出書」の写、
「破産手続廃止又は終結の記載がある閉鎖登記簿謄本」等の写