

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険適用事業所全喪届

事業所番号	事業所名称	全喪年月日	全喪の原因
12	株式会社 西日本新聞●●●●	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	<ul style="list-style-type: none"> ・廃業 ・休業 ・合併 ・任適脱退認可 ・認定全喪 ・その他
全喪後の連絡先		全喪の事由（詳細）	
住所	〒 810 - * * * *		
氏名	福岡市●●区●●*丁目* * - * *		
電話番号	西本 太郎		
	092-000-0000		
事業所再開見込年月日	備 考		
令和 年 月 日			

【添付書類】全喪の原因が確認できる書類（登記簿謄本、雇用保険適用事業所廃止届、給与支払事務所等の廃止届等）の写

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

.....
受付日