

健康保険適用事業所全喪届

常務理事	事務長	係員

◎この届書は、健康保険被保険者資格喪失届」と同時に提出して下さい。

①健康保険被保険者証の記号					②全喪年月日					③全喪の原因		④事業所名称					
					令和		年		月		日	1. 解散 3. 合併 5. 認可 2. 休業 4. 任包脱退 6. 認喪 7. その他					

⑤全喪の事由					⑥全喪後の連絡先						
					住所		()				
					氏名						
					電話番号						

事業所所在	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		
	()	—

令和 年 月 日 提出
受付日付印

印