様式コード			
2	1	0	2

健康保険
厚生年金保険

適用事業所 全喪届

令和　　年　　月　　日提出

受付印

提出者記入欄

事業所整理記号	－
事業所番号	
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

事業所情報記入欄

①	全喪年月日	9. 令和	年　月　日
②	全喪の事由	1. 解散 2. 休業 3. 合併 7. その他 8. 一括適用	
③	全喪の事由（その他） ※7. その他の場合に記入してください。		
④	全喪後の連絡先 住所	〒　　－	
	全喪後の連絡先 氏名		
	全喪後の連絡先 電話番号		
⑤	事業再開見込年月日 ※2. 休業の場合に記入してください。	9. 令和	年　月　日
⑥	備考		

S3年

この届書は、事業所の廃止等により適用事業所に該当しなくなる場合に提出していただくものです。

・ この届書とあわせて、被保険者全員分の『被保険者資格喪失届』を提出してください。
・ 任意適用事業所が認可取消を申請する場合には、『全喪届』の提出は不要です。『任意適用取消申請書』を提出してください。

記入方法

＜提出者記入欄＞

事業所整理記号
事業所番号　：　事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所番号	1	2	3	4	5

事業所所在地　：　都道府県を除いて記入してください。また、郵便番号を記入してください。
事業所名称　：　事業所名称を記入してください。
電話番号　：　代表電話番号を記入してください。

＜事業所情報記入欄＞

①全喪年月日　：　全喪の事由で「3. 合併」を選択した場合は合併した日を、「8. 一括適用」を選択した場合は承認年月日を記入してください。
それ以外の場合は、事実発生日の翌日を記入してください。

②全喪の事由　：　該当する事由について、以下項目の数字を○で囲んでください。

1. 解散	事業を廃止または法人を解散した場合
2. 休業	事業を休止(休業)した場合
3. 合併	他の事業所と合併した場合
7. その他	いずれの原因にも該当しない場合
8. 一括適用	同一事業主の二以上の適用事業所が、一の事業所となる承認を受けた場合

③全喪の事由(その他)　：　②全喪の事由で「7. その他」を選択した場合に記入してください。

④全喪後の連絡先　：　届出内容について連絡する場合がありますので、必ず記入してください。
事業所所在地と異なる連絡先でも構いません。

⑤事業再開見込年月日　：　②全喪の事由で「2. 休業」を選択した場合に、事業を再開する見込年月日を記入してください。

添付書類

次のうちいずれかの書類を添付してください。
・ 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)
・ 雇用保険適用事業所廃止届(事業主控)のコピー

上記の書類を添付できない場合、(ア)～(エ)のいずれかの書類を添付してください。
(ア)給与支払事業所等の廃止届のコピー
(イ)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
(ウ)休業等の確認ができる情報誌、新聞等のコピー
(エ)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