

正

健康保険 適用事業所全喪届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

◎ この届書は、「健康保険・厚生年金保険被保険者資格喪失届」と同時に提出してください。
 ※ は、記入しないでください。

届書コード	届書
102	

㊦ 健康保険被保険者証の記号	㊧ 企業年金基金事業所番号
9999	0123

① 年金整理番号	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	③ 全喪年月日	④ 全喪の原因	⑦ 事業所名称
※		令和 03 年 04 月 01 日	解散 ① 休業 2 合併 3 退職 4 脱退 5 その他 7	

⑥ 全喪の事由	⑧ 全喪後の連絡先
事業の廃止	住所 埼玉県和光市下新倉9-99-99 氏名 東薬合同会社 電話番号 048-000-0000

事業所所在地	〒 351-0111 埼玉県和光市下新倉6-7-28
事業所名称	東薬株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 薬業 太郎
電話番号	048-461-7605

令和 3 年 4 月 5 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄