

事業所番号をご記入ください。

廃止等の年月日の翌日の日付をご記入ください。

全喪の原因を○で囲んでください。

ご注意
用紙は複写式になっておりますので、強くずれないようにご記入ください。

事実発生日をご記入ください。

◎記入の方法は3枚目の裏面に書いてありますからよく読んでください。
※欄は記入しないでください。

届書コード 1 0 2		届書		健康保険適用事業所全喪届 (処理票)				常務理事 部長 課長 担当者		
健康保険の事業所番号 1 8 0		厚生年金基金の事業所番号 1 0 1 1 8 4		③ 全喪年月日 平成 2 4 年 7 月 0 1 日		④※ 全喪の原因 ○ 解 散 1. 任 包 脱 退 認 可 4. ○ 休 業 2. 認 定 全 喪 5. ○ 合 併 3. そ の 他 7.		⑦ 廃止等の年月日 平成 2 4 年 6 月 3 0 日		
① 厚生年金保険の事業所整理記号 東 WPX		② 事業所番号 (告知番号) 0 0 0 0 0		送 信		送 信				
① 事業所名称 大阪薬業厚生年金基金				⑤ 事業主の連絡先 〒540-0037 大阪府中央区平野町3-2-5 薬業 一郎 電話 06 (6945局) 1021 番		⑥ 備考				
② 廃止等の理由 景気後退のため事業継続が困難のため										
平成 年 月 日 提出										
社会保険労務士氏名・印				事業所所在地 〒 540-0037 事業所名称 大阪府中央区平野町3-2-5 事業主氏名 大阪薬業厚生年金基金 理事長 薬業 一郎 電 話 06 (6945局) 1021 番		事業主印				

全喪の理由をご記入ください。

届出内容の確認等のため全喪後の連絡先をご記入ください。

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。