

# 事業所廃止届

|   |                       |
|---|-----------------------|
| 健康保険の記号   |                       |
| 事業所の名称  |                       |
| 事業所の所在地   |                       |
| 廃止及び全喪年月日   | 令和 年 月 日廃止 令和 年 月 日全喪 |
| 廃止の理由   |                       |
| 上記のとおりお届けします。<br><br>令和 年 月 日<br><br>事業主住所<br><br>事業主氏名 |                       |
| 今後の連絡先  | 氏名                    |
|   | 住所 TEL                |