

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	係長	係

事業所廃止届

<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所を廃止したことを証する書類を添付してください。(登記簿謄本写し・年金事務所若しくは公共職業安定所で廃止届が受理されたことが分かるもの他) ● ③ 廃止年月日は、全員が資格喪失した日(退職日の翌日)を記入してください。 	廃止した事業所の	① 所在地	〒 _____ TEL (_____)		
	② 名称	(記号: _____)			
	③ 廃止年月日	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	④ 取引先金融機関	銀行 _____ 支店			
	⑤ 社会保険担当者氏名				
	⑥ 管轄年金事務所名	年金事務所			
	⑦ 廃止理由				
	⑧ 債権債務の継承先 (具体的にご記入下さい)	(所在地・名称・担当部課等)			
<p>うえのとおり事業所を廃止しましたので、健康保険法施行規則第 20 条の定めによりお届けします。</p> <p style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>伊藤忠連合健康保険組合理事長 殿</p>					

所在地 〒 _____
 事業所 名称 _____
 事業主氏名 代表取締役 _____

【受 付 印】