

理事長	常務理事	事務長	担当

適用事業所全喪（廃止）届

全喪の原因（該当する番号を○で囲んでください）

1	事業所の解散	3	事業所の合併
2	事業所の休業	4	その他の

届出の事項	全喪の事由	全喪年月日	全喪後の連絡先
		令和 年 月 日	住 所 名 称 電 話 ()

古河健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

所在地

事業主 名 称
氏 名

㊞