

常務理事	事務長	係

実施事業所全喪届

事業所番号	〒	全 喪 年 月 日	全 喪 の 原 因	事 業 再 開 見 込 年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		平成		平成
全 喪 後 の 連 絡 先			全 喪 の 事 由	
住 所	〒 -			
氏 名				
電話番号	(局) 番			

※添付書類は日本年金機構へ提出した届書(日本年金機構受付印押印後のもの)写しなど、詳しくは基金までお問い合わせください。

受付日付印

事業所所在地	〒 -		
事業所名称			
事業主氏名	(印)		
電話番号	(局) 番		

社会保険労務士の提出代行者印
(印)