様式第17号(第64条関係)(1)

労働保険等　労働保険事務等処理委託解除届

提出用

種別　　※修正項目番号

下記事業について委託解除があったので届けます。

平成　　年　　月　　日

④労働保険番号

府県	所掌	管轄(1)	基幹番号	枝番号
				(項1)

労働局長　殿

⑤事務処理委託解除年月日(元号：平成は7)

元号　－　年　－　月　－　日(項2)

⑥委託解除理由　(項3)

1. 事業廃止
2. 委託換え
3. 個別加入
4. 労働者なし

※データ指示コード　(項4)

※再入力区分　(項5)

※修正項目

①事務組合	(イ)所在地	〒　－
	(ロ)名称	TEL(　)－(　)－
	(ハ)代表者氏名	記名押印又は署名　㊞

②事業	(イ)所在地		郵便番号　〒　－
	(ロ)名称		電話番号　－　－　番
③事業主	(イ)住所(法人のときは主たる事務所の所在地)		郵便番号　〒　－
	(ロ)名称		電話番号　－　－　番
	(ハ)氏名(法人のときは代表者氏名)		記名押印又は署名　㊞

社会保険労務士	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		㊞	

〔注意〕

1. □□□□で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うのでこの用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
2. 記入枠の部分は、必ず黒色のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載すること。
3. ※印のついた記入枠には記載しないこと。
4. ①事務組合の(ハ)代表者氏名、③事業主の(ハ)氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
5. ⑥欄には、右の1、2、3、4、のうち、該当するものの数字を記入すること。