様式第17号(第64条関係)(3)

労働保険等　労働保険事務等処理委託解除届

事務組合控

種別

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

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 ㊞	

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