様式第27号(附則第3条関係)(表面)

労　働　保　険

保険関係消滅申請書

①労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	②雇用保険事業所番号	- -
③所在地 事業名称					⑥保険関係成立年月日	(イ) 労災保険の成立 年 月 日 (ロ) 雇用保険の成立 年 月 日	
					⑨使用労働者数	(イ) 常時使用労働者数 人	
④事業の概要						(ロ) 雇用保険被保険者数 人	
					⑦事業の種類		
					⑧賃金締切日	日	
⑤消滅を申請する保険関係	(イ) 労災保険に係る保険関係 (ロ) 雇用保険に係る保険関係				⑩特例による労災保険の保険給付を受けている(又は受けていた)労働者の有無		有・無
申請の理由							

上記により労災保険・雇用保険の保険関係の消滅の申請をします。

(郵便番号　－　) 電(　)－(　) 番

年　月　日

労働局長　殿

事業主　住所

氏名　㊞

(法人のときはその名称及び代表者の氏名)

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
		㊞	

(日本工業規格A列4)

（裏面）

〔注意〕

1　記載すべき事項のない欄には、斜線を引き、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。

2　この申請書には、労災保険に係る保険関係の消滅の場合にあつては使用労働者の過半数の同意を、雇用保険に係る保険関係の消滅の場合にあつては、雇用保険の被保険者の4分の3以上の同意を得たことを証明することができる書類を添えること。