

種別

3	1	6	0	5
---	---	---	---	---

※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。

④労働保険番号

年 月 日

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：令和は9）

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 ※再入力区分

□ (項4)

※修正項目

[illegible]

① 事 務 組 合	(イ)所在地	〒 —
	(ロ)名称	
	(ハ)代表者氏名	TEL()-()-

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)			

社務士 社会保 険記載 労働欄	作成年月日・ 提出代行者・ 事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号

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. 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。