

# 労働保険事務委託解除通知書

**委託変更専用**

(写)を成立届に添付して徴収室に提出して下さい。

労働保険番号	府	県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
委託変更後の労働保険番号 <small>(委託替え後の事務組合で記入)</small>	府	県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
事業場名						
所在地						
委託解除年月日	年 月 日					
フリガナ 特別加入継続者氏名	生年月日	承認年月日	給付基礎日額	中小事業主との関係 (地位 続柄)		

委託変更により労働保険事務の委託を解除することとしましたので通知します。

年 月 日	郵便番号	電話番号
	所在地	
	名称	
	代表者氏名	
	殿	

年 月 日	郵便番号		電話番号
	所在地		
	労働保険事務組合の 名称		
	代表者氏名		
	殿		

- (注意事項)**
1. この様式は岡山労働局の独自様式です。
  2. 労働保険事務委託解除通知書(組様式第11号)に代わるものです。
  3. 保険関係成立届(様式第1号)に委託解除通知書の写を添付し、新事務組合の委託開始年月日の翌日から10日以内に徴収室へ提出して下さい。
- 10日を過ぎますと従前の扱いとなりますので、ご注意下さい。

