

労働保険事務等委託解除通知書

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	雇用保険事業所番号					
事業場名						常時使用労働者数	人				
事業場の所在地						雇用保険被保険者数	人				
委託解除の理由						特別加入者	承認年月日	氏名	給付基礎日額		
委託解除年月日	年 月 日										
<p>上記の理由により労働保険事務等の委託を解除することとしましたので通知します。</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 名称 _____</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">殿 _____</p>											

<p>年 月 日付けで通知がありました労働保険事務等の委託解除を認めます。</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 名称 _____</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">殿 _____</p>											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※特別加入者である中小事業主が労働保険事務等の処理を委託する労働保険事務組合との委託を解除し、異なる労働保険事務組合に労働保険事務等の処理を委託するとともに特別加入の地位を継続することを希望する場合は、本通知書の写しを新たに委託する事務組合へ提出してください。(安定所、監督署へは委託から10日以内に「事務処理委託届」と本通知書の写しを提出してください。10日を過ぎますと新たに特別加入の申請手続きが必要となります。)