標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

（必ず裏面の注意事項を読んでから記載して下さい。）

雇用保険適用事業所廃止届

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（▶）の所で折り曲げて下さい。）

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにして下さい。）

帳票種別 1 0 0 0 2

※修正項目番号

※①安定所番号

※②本日の資格喪失・転出者数 人

③事業所番号

④設置年月日 年 月 日

⑤廃止年月日 平成 年 月 日

⑥廃止区分

⑦統合先事業所の事業所番号

⑧統合先事業所の設置年月日 年 月 日

※修正欄

1
2
3
4

⑨事業所	（フリガナ）所在地	
	（フリガナ）名称	

⑩労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

⑪廃止理由

上記のとおり届けます。

平成　年　月　日

住所

事業主　名称

氏名　　㊞

記名押印又は自筆による署名

電話（　　）－（　　）　番

公共職業安定所長 殿

※公共職業安定所記載欄			
届書提出後、事業主が住所を変更する場合又は事業主に承継者等のある場合は、その者の住所・氏名	（フリガナ）名称		
	（フリガナ）住所		
	（フリガナ）代表者氏名		
	電話番号	（　　）－（　　）番	郵便番号

備考	※	所長		次長		課長		係長		係		操作者	

労働保険事務組合記載欄

所在地

名称

代表者氏名　　㊞

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
		㊞	

（この届出は、事業所を廃止した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。）

(905)15.3 SK