

法人事業所喪失届

※太枠内のみご記入下さい。

代表法人事業所CD

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | |
|-------------------|--|
| 税理士法人事業所名称 | 事業所印 |
| 税理士法人 事業所代表者氏名 | 印 |
| 税理士法人 事業所所在地 | 〒 — _____ |
| T E L 携帯番号 | () — — — |
| F A X | () — |

| | 被保険者番号 又は後期組合員登録番号 | | | | | 喪失する社員名 |
|---|-----------------------|--|--|--|--|---------|
| | | | | | | |
| 1 | | | | | | 印 |
| 2 | | | | | | 印 |
| 3 | | | | | | 印 |
| 4 | | | | | | 印 |
| 5 | | | | | | 印 |

| |
|-----------------------------|
| 脱退・退職日：平成・令和 年 月 日 |
| 資格喪失日：平成・令和 年 月 日 |

※登記簿の写し(履歴事項全部証明書)と、健康保険厚生年金
保険資格喪失届(社会保険事務所の受付印のあるもの)の写し
を添付のうえ提出して下さい。