

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	税理士法人税国	事業所印
税理士法人 事業所代表者氏名	税国 太郎	印
税理士法人 事業所所在地	〒 540 - 0012 大阪府大阪市中央区谷町一丁目5番4号	
T E L 携帯番号	(06) 6941 - 3243 - - -	
F A X	(06) 6944 - 1790	

	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	
2		国保 一郎
3		
4		
5		

脱退・退職日：平成・令和 7年3月31日

資格喪失日：平成・令和 7年3月31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。