

雇用保険適用事業所情報提供請求書

事業所名		事業所番号	
事業所所在地			
依頼する情報 (希望するものに○)	1 適用事業所台帳ヘッダー 1 ※ 事業所所在地、設置年月日等適用事業所の基本的な情報を確認していただけます。 2 適用事業所台帳ヘッダー 2 ※ 適用事業所の過去からの月別の被保険者数の推移、各月末現在の被保険者数等を確認していただけます。(過去 3 年間) 3 事業所別被保険者台帳 ※ 適用事業所の全ての被保険者(過去に被保険者であった者を含めることも可能)ごとに氏名、被保険者資格の取得・喪失年月日等を確認していただけます。 (1) 照会区分 ①取得中 ②全被保険者(喪失済含む) ③喪失済 (2) 照会方法 ①被保険者番号降順 ②五十音順 ③取得(喪失)日順 ④生年月日順 (3) 出力方法 ①書面 ②FD ③MO		
上記のとおり、適用事業所情報の提供(閲覧 ・ 写しの交付)を請求します。 平成 年 月 日 公共職業安定所長 殿			
請求者	(事業主又は労働保険事務組合) 所在地: 名称: 代表者氏名: 電話番号: 印		

※ 代理人(社会保険労務士等)に請求を委任する場合には、以下にも記入してください。

下記の 2 の者を代理人として、下記 1 に規定する権限を委任します。

記

- 1 権限
- 適用事業所情報の提供を請求することについての一切の権限
- 2 代理人
- (住所)
- (氏名)

(事業主)

所在地:

名称:

代表者氏名:

印

課長	係長	係