

記入見本

雇用保険適用事業所情報提供請求書

事業所名	株式会社××××	事業所番号	××××-123456-1
事業所所在地	××県××市××町1-1-1 ×××ビル1F		
依頼する情報 (希望するものに○)	<p>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。</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>(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 ②CD(CD-ROM、CD-R、CD-RW) ③DVD(DVD-ROM、DVD-R、DVD-RW他)</p>		
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。 令和 元 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: ××県××市××町1-1-1×××ビル1F 名称: 株式会社×××× 代表者氏名: 代表取締役 山上 幸一 電話番号: 03-5954-3938		



※ 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

確認者	操作者

捨印

