

## 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○)	<p><b>1 適用事業所台帳ヘッダー1</b> ※ 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><b>2 適用事業所台帳ヘッダー2</b> ※ 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><b>3 事業所別被保険者台帳</b> ※ 適用事業所の現在取得中の被保険者について、氏名、生年月日、被保険者資格の取得年月日等を確認していただけます。(出力日時点)</p> <p>(1)照会方法    ①被保険者番号順    ②五十音順    ③取得日順    ④生年月日順</p> <p>(2)出力方法    ①書面    ②USB</p>		
<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。</p> <p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">_____ 公共職業安定所長 殿</p>			
請求者	<p>(事業主又は労働保険事務組合)</p> <p>所在地 :</p> <p>名称 :</p> <p>代表者氏名 :</p> <p>電話番号 :</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>		

※ 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