

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	●●●●●●
事業所所在地	福島県石川郡玉川村大字▲▲字▲▲9番地		
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 (2)出力方法 ①書面 ②CD(CD-ROM、CD-R、CD-RW) ③DVD(DVD-ROM、DVD-R、DVD-RW他)</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。 令和 3 年 ● 月 ●● 日</p> <p style="text-align: right;">須賀川 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) 所在地: 福島県石川郡玉川村大字▲▲字▲▲9番地 名称: 株式会社 ▲▲▲▲ 代表者氏名: 代表取締役 ■■■■ 電話番号: 0247-57-●●●●</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: ㊞

課長	係長	係

確認者	操作者