委　　　任　　　状

令和　　　年　　　月　　　日

（事業主・被保険者）

住　所　〒

名　称

氏　名

私は、下記２の者を代理人と定め、下記１に規定する権限を委任する。

記

１　権　限　　　・　雇用保険関係手続の確認のため（その他の理由のため）、下記３の［　　　］の提供を求めることについての一切の権限

・　滅失のため（損傷のため）、下記４の［　　　　］の再作成（再交付）を求めることについての一切の権限

２　代理人　　　住　所　〒

氏　名

雇用保険事務担当者（氏　名）

（連絡先）

３　台帳等　　　①　適用事業所台帳ヘッダー１

　　　　　　　　　②　適用事業所台帳ヘッダー２

　　　　　　　　　③　事業所別被保険者台帳

４　通知等　　　①　雇用保険適用事業所設置届・事業主事業所各種変更届事業主控

　　　　　　　　　②　雇用保険適用事業所廃止届事業主控・事業所非該当承認通知書

　　　　　　　　　③　雇用保険被保険者資格取得等確認（区分変更確認）通知書

　　　　　　　　　④　雇用保険被保険者証

　　　　　　　　　⑤　雇用保険被保険者資格喪失届・氏名変更届

　　　　　　　　　⑥　雇用保険被保険者転勤届受理通知書（転勤前事業主通知用）

　　　　　　　　　⑦　雇用保険被保険者資格喪失確認通知書

　　　　　　　　　⑧　高年齢雇用継続給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用）

　　　　　　　　　⑨　高年齢雇用継続給付受給資格確認（否認）通知書（高年齢雇用継続給付支給決定通知書）

　　　　　　　　　⑩　高年齢雇用継続給付支給申請書

　　　　　　　　　⑪　育児休業給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用）

　　　　　　　　　⑫　育児休業給付受給資格確認（否認）通知書（育児休業給付金支給決定通知書）

　　　　　　　　　⑬　育児休業給付金支給申請書

　　　　　　　　　⑭　育児休業給付受給資格者への通知票

　　　　　　　　　⑮　介護休業給付金支給・不支給決定通知書

　　　　　　　　　⑯　介護休業給付各種処理結果通知書

　　　　　　　　　⑰　教育訓練給付支給・不支給決定通知書

新潟R5.10