

愛知労働局長 殿

労働保険継続事業一括認可等確認照会票

1 照会理由（どちらかを選んでください）

指定事業に一括されている被一括事業場の照会のため

その他（具体的な内容を記入してください）

2 指定を受けている事業

	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝番号
労働保険番号					
所 在 地					
名 称					
担当者氏名					
連 絡 先					

3 代理人（社会保険労務士）に照会を依頼する場合に、記入願います。

下記の者を代理人と定め、上記に関することを委任します。

（代理人）

事 務 所

氏 名

電話番号

事業主

所 在 地

名 称

代表者名

※照会については、指定事業を管轄する愛知労働局保険適用・事務組合課あてに郵送（切手貼付返信用封筒を同封）してください。