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	2 3 ー ー
事業所所在地			
依頼する情報 （希望するものに〇）	**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。 **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）。 **3　事業所別被保険者台帳** ※ 台帳出力日時点の、適用事業所の資格取得中の被保険者の、氏名、被保険者資格の取得年月日を確認していただけます。 ※ 出力順をお選びください。 被保険者番号順 ・ 氏名の50音順 ・ 取得日順 ・ 生年月日順		
上記のとおり、適用事業所情報の提供（ 閲覧 ・写しの交付 ・ データ ）を請求します。 令和　　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： 名　　称： 代表者氏名：　　㊞ 電話番号：		

事業主が請求する場合は、事業主印の押印が必要です。ただし、提出者が事業主（当該事業所の従業員を含む）又は事業主から委任を受けた代理人であることが確認できる場合は、事業主氏名（選任代理人氏名）の記載でも可能です。

※　代理人（社会保険労務士等）に請求を委任する場合は、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：　　㊞

所長	次長	課長	係長	係

R021225-局-145