※任意様式（愛知局用）

照会日：　令和　　年　　月　　日

**愛知労働局長　殿**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **所在地** |  |
| **事業主** | **名称** |  |
|  | **代表者氏名** |  |
|  |  |  |
|  |  |  | 氏名 |  |
|  |  | 担当者 | 部署 |  |
|  |  |  | 電話 | （　　　　　　） |

**労働保険継続事業一括認可等確認照会票**

1. **照会理由**　（どちらかを選択して□に✓を記入してください。）





　（理由）

1. **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 | ２　３ |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |

1. **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）

|  |  |
| --- | --- |
| 事務所名称： |  |
| 氏名： |  |
| 電話番号： |  |

* + 本照会票は、指定事業を管轄する愛知労働局総務部労働保険適用・事務組合課あてに
	切手貼付返信用封筒を同封のうえ郵送で提出してください。