

## 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	-	-	-	-	-	-
事業所所在地									
依頼する情報 <small>(希望するものに○)</small>	<p><b>1 適用事業所台帳ヘッダー1</b> ※ 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><b>2 適用事業所台帳ヘッダー2</b> ※ 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><b>3 事業所別被保険者台帳</b> ※ 適用事業所の全ての被保険者(過去に被保険者だった者を含めることも可能)ごとに、氏名、被保険者資格の取得・喪失年月日等を確認していただけます。</p> <p>(1)照会区分    取得中    ・    喪失済    ・    全被保険者 (2)出力順    被保険者番号順 ・ 氏名の50音順 ・ 取得日順 ・ 生年月日順</p>								
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。 平成    年    月    日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">_____ 公共職業安定所長 殿</div>									
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： <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">(印)</div>								

※ 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：

(印)

所長	次長	課長	係長	係