

事業所別被保険者台帳
適用事業所台帳ヘッダー2 提供依頼書

公共職業安定所長 殿

所在地

事業所名又は

労働保険事務組合の名称

代表者氏名

㊞

電話番号

下記の事業所の雇用保険被保険者又は適用事業所関係手続きの確認のため、
(当該事業所の事業所別被保険者台帳 ・ 適用事業所台帳ヘッダー2)
を提供 (閲覧 ・ 写しの交付 ・ データ) いただくようお願いします。

記

1 適用事業所番号

2 事業所名

(事業所又は労働保険事務組合については、雇用保険事務担当者があれば記載)

氏名：

連絡先：

3 提供希望の書類・順番

(1) 書類 (該当する記号に○をつけてください)

ア 事業所別被保険者台帳

取得中 ・ 喪失済 ・ 全被保険者

イ 適用事業所台帳ヘッダー2

(2) 事業所別被保険者台帳の出力順 (○をつけてください)

被保険者番号順 ・ 氏名の50音順 ・ 取得年月日順

・ 喪失年月日順 ・ 生年月日順

※閲覧、写しの交付またはデータ提供のいずれかに○をつけてください。