照会年月日：令和　　年　 月　 日

千　葉　労　働　局　長　殿

労働保険継続事業一括認可等確認照会票

所　在　地

名 　　 称

事業主氏名

１　依頼理由：　　被一括事業場の確認

　その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）

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 | 12 |  |  |  |  |
| 所在地 |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | |
| 連絡先 |  | | | | |

３　照会の区分

　　照会事項に該当する番号を○で囲んでください。また「２・３」については、

　　必ず必要事項も記載してください。

1. 全ての被一括事業を照会
2. 次の管轄地域にある被一括事業のみ照会

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 府県 | 所掌 | 管轄 |
| 12 |  |  |

1. 次の整理番号のみ照会

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 被一括事業の名称 |  |
| 被一括事業の所在地 |  |

＜代理人（社会保険労務士等）に照会を依頼する場合は、以下にも記入願います。＞

下記の２の者を代理人と定め、下記 １に規定する権限を委任します。

１権限：

２代理人： 住　　所：

氏　　名：

電話番号：

担 当 者：

※照会については、千葉労働局労働保険徴収課あてに郵送（切手を貼付した返信用封筒同封）または窓口に直接依頼してください。