

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		

3 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）で依頼してください。