

(第1面)

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 | |
| 事業所所在地 | | | |
| 依頼する情報 (希望するものに○) | 1 適用事業所台帳ヘッダー 1 ※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できます。 2 適用事業所台帳ヘッダー 2 ※適用事業所の過去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できます。 (過去3年間) 3 適用事業所台帳ヘッダー 3 ※適用事業所の現在取得中の被保険者について、氏名、生年月日、被保険者資格の取得年月日等を確認できます。(出力日時点) (1) 照会方法 ①被保険者番号順 ②五十音順 ③取得日順 ④生年月日順 (2) 出力方法 ①書面 ②USB | | |
| 上記のとおり、適用事業所情報の提供(閲覧・写しの交付)を請求します。 | | | |
| 令和 年 月 日 _____ 公共職業安定所長 殿 | | | |
| 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： | | |

※代理人(社会保険労務士等)に請求を委任する場合には、以下にも記入してください。

下記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(社会保険労務士の場合は、営む事務所名称(法人の場合は法人名称)を付記してください。)

住所：

氏名： _____

(事業主)

所在地：

名称：

代表者氏名： _____

※1 提出される方の身分を確認できる書類を提示してください(第2面の注意事項をご参照ください)。

※2 提出された内容について、ハローワークから事業主へ直接確認する場合があります。

| | | | | |
|----|----|----|----|---|
| 所長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | |

(福岡051025)

(第2面)

注意事項

- 1 本請求書を提出する際は、適切な情報管理の観点から、事業主（当該事業所の従業員を含む）又は事業主から委任を受けた代理人であることを確認できる書類（以下のような身分確認書類）を提示してください。

【身分確認書類の例（提出者別）】

(1) 事業主

名刺、社員証、その他官公署から発行された身分証明書（運転免許証、住民票の写し）等

(2) 本請求に係る事業所の従業員

名刺、社員証、事業主が任意様式で作成した事業所の職員であることを証明する書類等

(3) 本請求を委任された社会保険労務士

名刺、社会保険労務士証票、社会保険労務士会会員証、その他官公署から発行された身分証明書

(4) 本請求を委任された社会保険労務士の営む社会保険労務士事務所（法人含む）の従業員等

委任された社会保険労務士に係る上記（3）の写し、当該社会保険労務士事務所の従業員であることを確認できる名刺（請求書の2「代理人」欄に付記された社会保険労務士事務所の名称が確認できるもの）等

(5) 上記以外の代理人

官公署から発行された身分証明書等

- 2 郵送で提出する場合は、特定記録等の記録付き郵便相当料金の切手を貼付した返信用封筒（封筒表面に「特定記録」等の郵送種別を朱書きしたもの）と上記の身分確認書類の写しを同封してください。

なお、同封いただく身分確認書類の写しは、確認後に廃棄させていただくため返却できません。

- 3 本請求書を提出される方が、真正な請求権を有する方であることを確認するために、提出された請求書の内容について、事業主様へ確認する場合があります。

- 4 USBへの出力を希望される場合のUSBは、請求者でご準備ください。