

令和 年 月 日

公共職業安定(出張)所長 様

(事業所又は労働保険事務組合)

所在地

名称

代表者氏名

電話番号 ( ) -

印

### 事業所別被保険者台帳(写し)交付請求書

下記の事業所にかかる雇用保険適用事業所関係照会を申請します。

記

1 適用事業所番号

□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □

2 事業所名

\_\_\_\_\_

3 所在地(郵便番号も含む)

〒

\_\_\_\_\_

3 照会事項

(1) 事業所台帳照会 (必要な照会コードを記入して下さい)

□

(照会コード)

1…ヘッダー1照会(雇用保険適用事業所台帳)

2…ヘッダー2照会

(2) 被保険者台帳照会 (必要な区分コード、編集コードを記入して下さい)

1

(区分コード)

1…取得中の者

□

(編集コード)

1…被保険者番号の降順

2…氏名の50音順

3…取得(転入)日順

5…生年月日順

(3) 設置届(変更届)事業主控の再作成 (御希望であれば1を記入して下さい)

□

(再作成コード)

1…事業主控等再作成

4 使用目的 (該当する項目に○を付けてください)

- 1 被保険者の確認のため
- 2 事業主控の紛失のため
- 3 その他 [ ]

(注1) 上記使用目的以外の利用はできません。

(注2) 被保険者該当数が多い場合や窓口が混雑している場合については、後日配布とすることがございますので、御了承ください。

所		部		課		係		係	
長		長		長		長			