

労働保険継続事業一括認可等確認照会票

1. 依頼理由

2. 指定を受けている事業

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
	34				
所在地					
名称					

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。(2)(3)については、必要事項も記載してください。

- (1) すべ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
34		

- (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	

事業主

住所 _____

名称 _____

代表者 _____

担当者 _____

電話番号 _____

代理人（社会保険労務士）に照会を依頼する場合は、代理人欄にも記入ください。

代理人

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

※本票は被一括事業の登録状況の確認に使用するもので、認可通知書の再発行をするものではありません。

*照会については、指定事業を管轄する労働局労働保険徴収課あてに郵送（返信用封筒同封）又は窓口直接依頼してください。