

# 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			
請求する情報 (希望するものへ チェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 適用事業所ヘッダー1【全記録照会】 事業所所在地・設置年月日など適用事業所の基本的な情報を確認していただけます。 ・提供方法 <input type="checkbox"/> 書面データ <input type="checkbox"/> 閲覧のみ		
	<input type="checkbox"/> 適用事業所ヘッダー2【異動状況照会】 適用事業所の過去からの月別の被保険者数の推移、各月末現在の被保険者数などを確認していただけます。(過去3年間) ・提供方法 <input type="checkbox"/> 書面データ <input type="checkbox"/> 閲覧のみ		
	<input type="checkbox"/> 事業所別被保険者台帳 適用事業所の全ての被保険者(過去に被保険者であった者を含めることも可能)ごとに氏名、被保険者資格取得・喪失年月日などを確認していただけます。 ・照会区分 <input type="checkbox"/> 取得中の者 <input type="checkbox"/> 喪失済の者 <input type="checkbox"/> 全被保険者 ・出力順 <input type="checkbox"/> 被保険者番号順 <input type="checkbox"/> 氏名の50音順 <input type="checkbox"/> 取得(転入)日順 <input type="checkbox"/> 離職(転出)日順 <input type="checkbox"/> 生年月日順 ・提供方法 <input type="checkbox"/> 書面データ <input type="checkbox"/> 電子データ( CD・DVD ) <input type="checkbox"/> 閲覧のみ		

上記のとおり、雇用保険適用事業所情報の提供を請求します。

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_公共職業安定所長 殿

\_\_\_\_\_出張所長 殿

事業主                      所在地  
 又は                      名称  
 労働保険事務組合      代表者氏名

Ⓡ

※ 代理人(社会保険労務士等)に請求を委任する場合は、以下をご記入ください。

## 委任状

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

雇用保険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      住所  
                  氏名

事業主                      所在地  
                  名称  
                  代表者氏名

Ⓡ

<<備考>>   
--------------------

					受理確認印
所長	部(次)長	課長	係長	係	