雇用保険適用事業所情報提供書

事業所名		事業所番号	ー　　ー
事業所所在地			
依頼する情報 （希望するものに〇）	・適用事業所台帳ヘッダー ※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していただけます。 ・事業所別被保険者台帳 ※提出日現在の資格取得中の方の氏名及び取得年月日等を確認していただけます。 （1）照会方法：①被保険者番号順　②氏名の五十音順　③取得年月日順　④生年月日順 （2）出力方法：①書面　②USB メモリ ・事業所台帳異動状況照会**（助成金の支給申請に必要な場合のみ提供可能）** ※適用事業所の過去からの月別の被保険者の推移、各月末現在の被保険者数を確認していただけます。		
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：		

提出者が事業主（当該事業所の従業員を含む）又は事業主から委任を受けて代理人であることが確認出来る場合（事業主印の押印がある委任状等の添付）は押印不要。

※　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。

下記の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
　（住所）
　（氏名）

（事業主）
所　在　地：
名　　称：
代表者氏名：　　㊞