事業所別被保険者台帳（写）交付請求書

下記の通り、当事業所に係る事業所別被保険者台帳の交付を請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 作成区分 | 請求日現在の被保険者資格を取得中の者のみ | | | |
| 編集区分 | いずれか一つに○印をつけること | | | |
|  | 被保険者番号順 |  | 生年月日順 |
|  | 氏名の五十音順 |  | 取得年月日順 |
| 使用目的 | いずれか一つにレ印をつけること  □　従業員の雇用保険資格取得状況を確認するため  □　その他（具体的に記入してください） | | | |

令和　　年　　月　　日

　　留萌　公共職業安定所長　殿

所在地　〒

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号