

60歳到達時賃金日額登録該当予定者照会票

下記内容の60歳到達時賃金日額登録該当予定者の照会をお願いします。

記

事業所名称 _____

事業所番号 _____

照 会 月 (照会を行いたい月の該当する数字に○をしてください。)

1. 今月該当予定者
2. 来月該当予定者
3. 今月と来月該当予定者
4. 今月以前該当者

以上

※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。

1 権限

60歳到達時賃金日額登録該当予定者一覧表の請求に係る一切の権限

2 代理人

(住 所)

(氏 名)

公共職業安定所長 殿

令和 年 月 日

所 在 地

事業主 名 称

代表者氏名

※ 郵送申請の場合は、特定記録郵便にて返送いたしますので、返信用封筒に料金分の切手を貼付したものを同封いただくようお願いいたします。

課長	係長	係