労働保険継続事業一括認可等確認照会票

１　照会理由

□　労働保険料の適正な申告納付に期すべく認可済事業場を把握するため。

□　その他（　　）

２　指定事業

・労働保険番号：

・名　　称：

・所　在　地：

３　照会の範囲

□ 被一括事業全部

□ その他（　　）

兵庫労働局総務部労働保険徴収課長　殿

令和　　年　　月　　日

事 業 主　　所在地

名　称

代表者氏名

※内容証明を返送するための返信用封筒もご同封願います。（上記事業主以外や社会保険労務士等へ返送を希望される場合は、下記委任状を要します。）

委　任　状

代理人　　住　所

氏　名

私は、上記の者を代理人と定め、労働保険継続事業一括認可等確認照会票に係る権限を委任します。

事 業 主　　所在地

名　称

代表者氏名　　㊞

（事業主の押印省略できません）