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. 指定を受けている事業 (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《照会したい管轄地域、整理番号等を記載してください》
()

※代理人 (事務組合等) に照会を依頼する場合は、下記にも記入願います。

下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する権限を委任します。

1. 権限： 上記事業場の継続事業一括内容全般
 その他 ()
2. 代理人 所在地：
(事務組合) 名 称：
電話番号：
担 当 者：

令和 年 月 日

事業主 所在地：

名 称：

代表者氏名：

印

(事業主の押印は省略できません)

※ 結果を返送するための返信用封筒 (特定記録郵便用の切手貼付) を同封してください。