労働保険継続事業一括認可等状況照会票

１　照会理由

２　指定を受けている事業

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労働保険番号 | 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
| １７ |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |

３　照会の区分

照会事項に該当する区分を○で囲んでください。

・　すべての被一括事業を照会

・　次の整理番号のみ照会

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 被一括事業の名称 |  |
| 被一括事業の所在地 |  |

石川労働局長　　　　　　殿

　　　　労働基準監督署長　殿

 　　　　年　　月　　日

　事業主

所在地

名称

代表者名

担当者

電話番号

※事業主又は社員以外の方が代理で申請される場合には、「委任状」を作成の上、身分証明書と共に提示をお願いします。