＊任意様式（岩手局用）

照会年月日：令和　　年　　月　　日

**岩手　労働局長　殿**

**労働基準監督署長　殿**

**労働保険継続事業一括認可等確認照会票**

１　依頼理由

２　指定を受けている事業

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
| 労働保険番号 |  |  |  |  |  |
| 所　在　地 |  | | | | |
| 名　　称 |  | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | |
| 連　絡　先 |  | | | | |

３　照会の区分

照会事項に該当する番号を○で囲んでください。また、「２・３」については、必要事項も記載して下さい。

　　１　全ての被一括事業場を照会

　　２　次の管轄地域にある被一括事業のみ照会

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 府県 | 所掌 | 管轄 |
| 03 |  |  |

３　次の整理番号のみ照会

|  |  |
| --- | --- |
| 整　　理　　番　　号 |  |
| 被一括事業場の名称 |  |
| 被一括事業場の所在地 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

\*照会については、指定事業を管轄する監督署又は岩手労働局労働保険徴収室（適用係）あてに郵送（返信用封筒同）又は窓口に直接依頼して下さい。

＜代理人（社会保険労務士等）に照会を依頼する場合は、以下にも記入願います。＞

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：

２　代理人 住所：

　　　　　 氏名：

　　　　　 電話番号：

　　　　　 担当者：