# 雇用保険適用事業所情報提供請求書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名 | | 事業所番号 | |
| 事業所所在地 | | | |
| 依頼する情報（希望する番号に〇） | 1　事業所台帳全記録照会（ヘッダー）<br>※　事業所所在地、設置年月日等適用事業所の基本的な情報を確認していただけます。<br>2　事業所台帳異動状況照会<br>※　適用事業所の過去からの月別の被保険者数の推移、各月末現在の被保険者数等を確認していただけます。（過去３年間）<br>3　事業所別被保険者台帳<br>※　適用事業所の全ての被保険者（現在取得中の方に限ります。）の氏名、被保険者資格の取得年月日等を確認していただけます。<br>（１）出力順　①被保険者番号順　②氏名の５０音順　③取得（転入）日順　④生年月日順<br>（２）提供方法　①書面　②USB | | |
| 上記のとおり、適用事業所情報の提供（　閲覧　・　写しの交付　）を請求します。<br>令和　　年　　月　　日<br>公共職業安定所長　殿 | | | |
| 事業主 | （事業主又は労働保険事務組合）<br>所　在　地：<br>名　　称：<br>代表者氏名：<br>電 話 番 号：　㊞ | | |

※　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。

下記の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。

記

1　権限
適用事業所情報の提供を請求することについての一切の権限

2　代理人
（住　所）
（氏　名）

（事業主）
所　在　地：
名　　称：
代表者氏名：　㊞

※　来所された方が当該事業所の職員であることを証する書類を提示してください。
※　郵送での提供を依頼される場合は、返信用封筒を添付してください。

| 所　長 | 部（次）長 | 課　長 | 係　長 | 係 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

【R01.10香川】