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

|  |  |
| --- | --- |
| 労働保険番号 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |

３　照会の区分

　照会事項に該当する番号を〇で囲んでください。

　また、「２・３」については、必要事項も記載してください。

１　すべての被一括事業を照会

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 |
|  |  |  |

３　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 |  |

神奈川労働局長　殿

令和　　年　　月　　日

事業主 所在地

名称

代表者氏名

担当者

電話

※ 本票は被一括事業の登録状況の確認に使用するもので、認可通知書の再発行をするものではありません。