

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○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。