

京都 労働局長 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。又、「2、3」については、必要事項も記載してください。

- 1 全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	

〈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。〉

下記の者を代理人と定め、当該照会票手続に係る権限を委任します。

代理人 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____
担当者 _____

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労働局労働保険徴収課へ御提出ください。
郵送の場合は返信用封筒を同封のうえ送付ください。