

事業所別マルチジョブホルダー番号照会結果（写し）交付請求書

事業所名		事業所番号	
事業所所在地			
依頼する情報 (希望するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ マルチジョブホルダー番号照会 ※ 請求日時点において、被保険者資格を取得中の方の情報を確認していただけます。 (1) 照会区分 ①取得中 (2) 提供方法 ①書面 ②USB（暗号化機能のついていないもの） 		
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。 令和 年 月 日			
			_____ 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） 所在地： 名称： 代表者氏名： 電話番号：		

※事業主（当該事業所の従業員を含む）であることを確認する書類（社員証等）を添付・持参してください。

※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。

委 任 状

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：_____

※ 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。

課長	係長	係員