

適用事業所台帳等提供依頼書

公共職業安定所長 殿

下記の事業所について、適用事業所台帳等を提供（閲覧・写しの交付）いただくようお願いします。

※閲覧または写しの交付のいずれかに○をつけてください。

平成 年 月 日

記

(提供依頼者)

郵便番号・住所	〒
事業所または 労働保険事務組合の名称	
事業主または 労働保険事務組合の代表者氏名	⑩
電話番号	
雇用保険事務担当者	(氏名) (連絡先)

(提供希望情報)

労働保険番号または基幹番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号		
適用事業所番号			-		-		
事業所名							
提供希望台帳等 (該当する番号に○を記載)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1 適用事業所台帳ヘッダー1 2 適用事業所台帳ヘッダー2 3 事業所別被保険者台帳 (区分) 1 取得中の者 2 喪失済の者 6 全被保険者 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border-left: 1px dashed black;"> (編集) 1 被保険者番号降順 2 氏名の50音順 3 取得(転入)日順 4 離職(転出)日順 5 生年月日順 </td> </tr> </table>					1 適用事業所台帳ヘッダー1 2 適用事業所台帳ヘッダー2 3 事業所別被保険者台帳 (区分) 1 取得中の者 2 喪失済の者 6 全被保険者	(編集) 1 被保険者番号降順 2 氏名の50音順 3 取得(転入)日順 4 離職(転出)日順 5 生年月日順
1 適用事業所台帳ヘッダー1 2 適用事業所台帳ヘッダー2 3 事業所別被保険者台帳 (区分) 1 取得中の者 2 喪失済の者 6 全被保険者	(編集) 1 被保険者番号降順 2 氏名の50音順 3 取得(転入)日順 4 離職(転出)日順 5 生年月日順						
提供希望対象期間	1 平成 年 月 日現在 2 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
提供希望理由 (該当する番号に○を記載)	1 雇用保険適用事業所関係手続の確認のため 2 雇用保険被保険者関係手続の確認のため 3 その他 ()						

- ・ 労働保険番号欄、適用事業所番号欄、事業所名欄について、複数希望する場合は別紙に記載願います。
- ・ 提供依頼者以外の者が提出する場合は、当該書面の提供を求める事業主等の委任状を添付願います。
- ・ ハローワークへ来所のうえ提出する場合は、提出者が本人（依頼者または代理人、もしくはその職員）であることを証する書類（運転免許証等）を持参願います。
- ・ 当該台帳の写しについて、上記以外の目的で使用することのないよう願います。また、雇用保険関係手続の確認等の後は、当該台帳の写しを廃棄する等、個人情報の漏えい防止において適切な管理を行うよう願います。

安定所処理欄

所 長	課 長	係 長	係

備 考