∗任意様式（新潟局用）

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 | 15 |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |

３　照会の区分　※必要な照会内容をチェック☑してください。

[ ] 　全ての被一括事業を照会

[ ] 　その他（照会したい管轄地域、整理番号等を記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

新　潟 労働局長　殿

　　　 労働基準監督署長　殿

令和　　年　　月　　日

　所在地

　事業主　名　称

　氏　名

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※照会については、指定事業を管轄する監督署または新潟労働局労働保険徴収課あてに郵送（返信用封筒同封）または窓口に直接依頼して下さい。

＜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1に規定する権限を下記2の代理人に委任します。

1. 権　限
2. 代理人　住　　所

氏　　名

電話番号

（担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）