

事業所別被保険者台帳(写)交付請求書

適用事業所番号			
適用事業所名			
適用事業所所在地	〒		
電話番号			
作成内容 (希望するものに○ を付けて下さい。)	区分	編集	出力
	1 取得中の者 (転入者含む) 2 喪失済の者 (転出者含む) 3 取得・喪失全記録	1 被保険者番号順 2 氏名の50音順 3 取得(転入)日順 4 喪失(転出)日順 5 生年月日順	1 書面 2 フロッピーディスク (※ 2を希望する場合は、フロッピーディスクを提出して下さい。)
【 社会保険労務士に請求を委任する場合には、以下にも記入して下さい。 】			
次の者を代理人と定め、雇用保険の被保険者関係手続きの確認のため、事業所別被保険者台帳の提供を求めることを委任します。			
代理人 住所 〒			
氏名			

上記のとおり、「事業所別被保険者台帳」(写)の作成交付を請求します。

平成 年 月 日

(事業主又は労働保険事務組合)

所在地
名称

代表者名

㊟

公共職業安定所長 殿

所長	次長	課長	係長	係