※任意様式（埼玉局用）

照会年月日：　　　　年　　月　　日

**埼玉労働局長　殿**

**労働保険継続事業一括認可等確認照会票**

**１　照会理由**

**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 |  | | | | |

**３　照会内容**

指定事業に一括されている被一括事業場を照会

**４　代理人（社会保険労務士等）に照会を依頼する場合に、記入願います。**

下記の者を代理人と定め、上記３に関することを委任します。

　　（代理人）

　　　住　　所

　　　氏　　名

　　　電話番号（　　　　　－　　　　－　　　　　番）

**事業主**

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　－　　　　－　　　　　番）

* **照会については、埼玉労働局労働保険徴収課あてに郵送（切手貼付返信用封筒を同封）又は窓口に直接依頼してください。**