

雇用保険適用事業所情報提供請求書

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○) ※ ¹ 生産性要件が設定される 助成金の申請に必要な場合のみ (4)も記入してください。	1 適用事業所台帳ヘッダー1 ※ 事業所所在地、設置年月日等適用事業所の基本的な情報を確認していただけます。 2 適用事業所台帳ヘッダー2 ※ 適用事業所の過去からの月別の被保険者数の推移、各月末現在の被保険者数等を確認していただけます。(過去3年間) 3 事業所別被保険者台帳 ※ 適用事業所の全ての被保険者(過去に被保険者であった者を含めることも可能)ごとに氏名、被保険者資格の取得・喪失年月日等を確認していただけます。 (1)照会区分 ①取得中 ②全被保険者(喪失済含む) ③喪失済 (2)照会方法 ①被保険者番号順 ②五十音順 ③取得(喪失日)順 ④生年月日順 (3)出力方法 ①書面 ②CD(CD-ROM、CD-R、CD-RW) ③DVD(DVD-ROM、DVD-R、DVD-RW他) ※ ¹ (4)抽出時期 _____年____月____月末, _____年____月____月末, _____年____月____月末		
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。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">_____ 公共職業安定所長 殿</div>			
請求者	(事業主又は労働保険事務組合) 所 在 地 : _____ 名 称 : _____ 代 表 者 氏 名 : _____ (印) 電 話 番 号 : _____		

※ 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。

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 : _____ (印)

課長	係長	係

確認者	操作者