

次長	課長	係長	係

事業所別被保険者台帳提供依頼書

鳥取公共職業安定所長 殿

雇用保険の被保険者関係手続きの確認のため、下記事業所の事業所別被保険者台帳を提供いただくようお願いします。

記

適用事業所番号	3 1 0 1 -
事業所名	
出力内容	<input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 喪失済 <input type="checkbox"/> 全被保険者
期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
出力順番	<input type="checkbox"/> 被保険者番号 <input type="checkbox"/> 50音 <input type="checkbox"/> 取得日 <input type="checkbox"/> 離職日 <input type="checkbox"/> 生年月日
申請理由	

平成 年 月 日

申請者 住所
事業所名
(労働保険事務組合名)
代表者名
電話番号

印

【委任状】 ※以下の項目は代理人に委任する場合に記入する。

私は、下記の者を代理人と定め、「雇用保険の被保険者関係手続き確認のため、事業所別被保険者台帳の提供を求めることについての一切の権限」を委任する。

記

代理人	住所
	氏名 印