鳥取労働局　　　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（労働保険徴収室）

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 労働保険番号 | 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
| **３１** |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |

3.照会の区分

照会事項に該当する番号を○で囲んでください。(2)(3)については、必要事項も記載してください。

**(1)**　すべての被一括事業を照会

**(2)**　次の管轄地域にある被一括事業のみ照会

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 府県 | 所掌 | 管轄 |
|  |  |  |

**(3)**　次の整理番号のみ照会

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 被一括事業の名称 |  |
| 被一括事業の所在地 |  |

＜事業主＞

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 名称 |  |
| 代表者 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |

**※代理人（事業場以外の方）に照会を依頼する場合は、代理人欄にも記入ください。**

＜代理人＞

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

※本票は被一括事業の登録状況の確認に使用するもので、認可通知書の再発行をするものではありません。

**＊照会については、指定事業を管轄する鳥取労働局労働保険徴収室あてに郵送（返信用封筒同封）又は窓口（県内各監督署含む）に直接依頼してください。**