照会年月日：令和　　年　　月　　日

山形労働局長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場所在地: |  |
| 名称: |  |
| 代表者 氏名: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名: |  |
| 連絡先: |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
| 労働保険番号 | 06 |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |

３．照会区分

照会事項に該当する番号を〇で囲んで下さい。②及び③については必要事項も記載して下さい。

1. 全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 |
| 06 |  |  |

1. 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 |  |

４.代理人（社会保険労務士）等に照会を依頼する場合は、下記にも記入願います。

　 下記２の者を代理人と定め、下記１に規定する権限を委任します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1　権限： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ２ 代理人 |  |
| 　住所： |
| 氏名： |  |
| 電話番号： |  |
| 担当者名： |  |