

# 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○)	<ul style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>事業所別被保険者台帳 ※適用事業所において被保険者資格を取得中の被保険者に限り、氏名、被保険者資格の取得年月日等を確認していただけます。<ul style="list-style-type: none"><li>(1)出力順      ①被保険者番号順      ②氏名の50音順      ③取得(転入)順 ④生年月日順</li><li>(2)提供方法      ①書面      ②USB ※CD、DVDはご利用いただけません。また、USBについては暗号化機能等のないものをご持参ください。</li></ul></li></ul>		

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。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

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：

㊞

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：

㊞

所長	次長	課長	係長	係