

**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 ※ 適用事業所の<u>現在取得中の被保険者</u>ごとに氏名、被保険者資格の取得年月日を確認していただけます。</li> <li>※ 作成条件（希望するものに○） <ul style="list-style-type: none"> <li>1 = 被保険者番号順</li> <li>2 = 氏名の50音順</li> <li>3 = 取得（転入）日順</li>   <li>5 = 生年月日順</li> </ul> </li> </ul>		

(どれかに○)

上記のとおり、適用事業所情報の提供（ 閲覧・写しの交付・外部記録媒体による提供 ）を請求します。

令和        年        月        日

佐世保        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 :    (〒        )    長崎県

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)

Ⓜ

ご注意ください。

○情報の電話による照会はできません。  
○受付窓口においては、本人であることを証明する書類（社員証、免許証、パスポート、住民票等）を提示していただきます。  
○委任を受けた社会保険労務士等が提出される場合、事業主に電話等で確認をとらせていただく場合があります。

\* 安定所記載欄

**外部記録媒体のみ**

所長	次長	課長	係長	係	入力者	確認者