

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"> ・ 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。 ・ 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。 ・ 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。 ※ 作成条件（希望するものに○） <ul style="list-style-type: none"> 1 = 被保険者番号順 2 = 氏名の50音順 3 = 取得（転入）日順 5 = 生年月日順 		

(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