

代表  
印

# 雇用保険適用事業所情報提供請求書

捺印箇所確認用

事業所名	事業所番号
<b>弊所で記入しますので、当書類へのご記入は不要です (3箇所にご捺印のみお願い致します)</b>	
依頼する情報 (希望するものに○)	<p>② 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。(過去3年間)</p> <p>③ 事業所別被保険者台帳 ※ 適用事業所の全ての被保険者(過去に被保険者であった者を含めることも可能)ごとに氏名、被保険者資格の取得・喪失年月日等を確認していただけます。</p> <p>(1) 照会区分 ①取得中 ②全被保険者(喪失済含む) ③喪失済 (2) 照会方法 ①被保険者番号順 ②五十音順 ③取得(喪失日)順 ④生年月日順 (3) 出力方法 ①書面 ②FD ③CD ④( )</p>
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。 平成 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 : ( )

代表  
印

※ 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 :

代表  
印

課長	係長	係