事業所別被保険者台帳提供依頼書

＿＿＿＿＿公共職業安定所（出張所）長　殿

平成　　年　　月　　日

【事業主又は労働保険事務組合】

所 在 地
名　　称
代 表 者　　印
電話番号

下記の事業所に係る雇用保険の被保険者関係手続きの確認を行うため、当該事業所の事業所別被保険者台帳を提供（　閲覧　・　写しの交付　）いただくようお願いします。
なお、いただいた個人情報は、適切に管理し、依頼目的以外には使用いたしません。

記

適用事業所番号					―							―	
事業所名													

照会内容（いずれかを〇で囲んでください。）
1　資格取得中の者
2　資格喪失済の者
3　喪失原因３
4　転入者のみ
5　転出者のみ
6　全被保険者

出力の順番（いずれかを〇で囲んでください。）
1　被保険者番号順
2　氏名の 50 音順
3　資格取得日（転入日）順
4　資格喪失日（転出日）順
5　生年月日順

※　閲覧または写しの交付のいずれかに〇をつけてください。
※　来所された方が、当該事業所等の従業員であることを証明する書類を提示してください。
※　郵送での提供を依頼される場合には、返信用封筒を同封してください。
※　社会保険労務士等を代理人として依頼する場合には、当該事業主の委任状（任意様式）が別途必要です。

安定所使用欄

作成年月日	作成者	確認者	交付(郵送)年月日	【受領印欄】 ※交付された書類が間違いないことを確認しました。	㊞又はサイン

※郵送の場合には「受領印欄」には、郵便種別（特定記録・普通郵便等）を記載すること。

所長	次長	課長	係長	係

（静岡 H28.9）