**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○） | **１　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。

**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）。

**３　事業所別被保険者台帳*** 適用事業所の現在取得中の被保険者について、氏名、生年月日、被保険者資格の取得年月日等を確認していただけます。（出力日時点）

　（１）照会方法　　　①被保険者番号順　　　②五十音順　　　③取得日順　　　④生年月日順　　（２）出力方法　　　①書面　　②USB  |
| 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：印　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： | 印 |
| 代表者氏名： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係 |  |  |  | 確認者 | 操作者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |