

事業所別被保険者台帳提供依頼書

公共職業安定所長 殿

〒 住所

事業所又は

労働保険事務組合の名称

代表者氏名

印

電話番号

下記の事業所の雇用保険の被保険者関係手続の確認のため、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申し上げます。

記

1 事業所番号

2 事業所名

（事業所又は労働保険事務組合については、  
雇用保険事務担当者があれば記載）

氏名：

連絡先：

3 提供希望の種類・順番

（1）種類（○をつけてください。）

取得中・喪失済・全被保険者

（2）出力順（○をつけてください。）

被保険者番号順・氏名の50音順・取得年月日順・生年月日順・喪失年月日順

※ 閲覧又は写しの交付のいずれかに○をつけて下さい。