

事業所別被保険者台帳(写)交付請求書

適用事業所番号		
適用事業所名		
適用事業所所在地	〒	
電話番号		
作成内容 (希望するものに○ を付けて下さい。)	出力順	提供方法
	1 被保険者番号順 2 氏名の 50 音順 3 取得(転入)日順 4 生年月日順	1 書面 2 USB (※ 2を希望する場合は、USB を提出して下さい。)
<p>【 社会保険労務士に請求を委任する場合には、以下にも記入して下さい。 】</p> <p>次の者を代理人と定め、雇用保険の被保険者関係手続きの確認のため、事業所別被保険者台帳の提供を求めることを委任します。</p> <p>代理人 住所 〒</p> <p>氏名</p>		

上記のとおり、「事業所別被保険者台帳」(写)の作成交付を請求します。

令和 年 月 日

(事業主又は労働保険事務組合)

所 在 地
名 称
代 表 者 名

印

公共職業安定所長 殿

所長	次長	課長	係長	係