**雇用保険適用事業所情報提供請求書**

※令和３年３月１日現在の

被保険者を抽出願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 | 4501　- |
| 事業所所在地 |  | | |
| 依頼する情報  （希望するものに○） | **・　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。  **・　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）  **・　事業所別被保険者台帳**  **出力順**  （１．被保険者番号降順　　2．氏名の五十音順　　3．取得（転入）日順　　4．離職（転出）日順　　5．生年月日順　）  ※適用事業所の全ての被保険者（現在取得中の者に限ります。）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。 | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宮崎公共職業安定所長 　　　　　　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 ： | | |

※代理人（社会保険労務士等）に請求を委任する場合は、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： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |