

事業所別被保険者台帳提供依頼書

公共職業安定所長 殿

事業主	住所	
〔労働保険 事務組合〕	名称	
	代表者	Ⓜ
	電話番号	

下記の事業所の雇用保険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します。

記

1 適用事業所番号

— —

2 事業所名

3 交付の種別 （喪失については、過去3年以内のものになります。）

台帳の内容	出力の順序
① 取得中の者	ア 被保険者番号順
② 喪失済の者	イ 氏名の50音順
③ 転入者	ウ 取得（転入）日順
④ 転出者	エ 喪失（転出）日順
⑤ 全記録（取得・喪失）	オ 生年月日順

閲覧又は写しの交付のいずれかに○をつけてください。

来所された方が当該事業所等の職員であることを証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は、返信用封筒を添付してください。

事業主から委任を受けた社会保険労務士等が提供を依頼される場合は、別途委任状が必要です。

所長	次長	課長	係長	係

# 委任状

平成 年 月 日

事業主 住所 〒

名称

氏名

印

私は、下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する権限を委任する。

## 記

1 権限 雇用保険の被保険者関係手続の確認のため、事業所別被保険者台帳の提供を求めることについての一切の権限

2 代理人 住所  
氏名