

課長	係長	係

事業所別被保険者台帳提供依頼書

津山公共職業安定所長 殿

平成 年 月 日

事業所又は労働保険事務組合の名称	
事業主又は労働保険事務組合の代表者氏名	(印)
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。
 閲覧又は写しの交付のいずれかに を付けてください。

記

事業所番号	3302 -	
事業所名		
事業所所在地	〒	
編集 を付けて ください。	・ 不問（被保険者番号順）	1
	・ 50音順	1 - 2
	・ 資格取得年月日順	1 - 3
	・ 生年月日順	1 - 5
	・ 離職者を含む全被保険者	6 - 5
	部	
受領者	氏名	
	連絡先	() -
		郵送の場合、雇用保険事務担当者を記載 来所の場合、来所者を記載

被保険者が多数の場合は作成に時間がかかりますので、100人以上の事業所については事前に「雇用保険課適用係」までご連絡ください。

来 所 郵 送

委任状

平成 年 月 日

事業主
〒
住
名
氏
所
称
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