

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	①
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 氏
所 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