**適用事業所台帳等提供依頼（交付請求）書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **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**  ※　適用事業所の取得中の被保険者ごとに氏名、被保険者資格の取得年月日等を確認していただけます。  （１）出力順　　　 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  （２）提供方法　　 ①書面　　②ＵＳＢ | | |
| **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。**  **被保険者台帳**  **令和　　年　　月　　日**  **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には、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：　　　　　　　　　　　　　　　　**㊞**

* 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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 部(次)長 | 課長 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

新潟　R3.1