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（希望するものに〇）	**・　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／被保険者台帳}の提供（　閲覧　・　写しの交付　）を請求します。 **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