

事業所別被保険者台帳(写し)交付請求書

平成19年10月改正

事業所番号					—							—	
事業所名													

必要な照会内容と照会方法及びヘッダー区分に○印をお願いします

照会内容	1 取得中の者	照会方法	1 被保険者番号順
	2 喪失した者		2 50音順
	3 転入した者		3 資格取得年月日順
	4 転出した者		4 資格喪失年月日順
	5 全記録		5 生年月日順
ヘッダー区分	1 ヘッダー1(事業所登録内容が記載)		
	2 ヘッダー2(被保険者の資格取得・喪失状況が記載)		

当事業所に係る上記の照会内容等を確認するため、事業所別被保険者台帳(写し)の交付を請求いたします

年 月 日

〒

所在地

事業主 事業所名

事業主名

電話番号

公共職業安定所長 殿

《社会保険労務士に委任の場合》

上記の請求に係る一切の権限を、下記の社会保険労務士に委任いたします。

	氏 名	電話番号
社会保険労務士記載欄		