

事業所別被保険者台帳照会確認書

. 照会事項 (照会を希望する項目番号に 印をつけてください。)
1. 資格取得中の者 2. 資格喪失した者 (3年以内の喪失者のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 3. 資格喪失した者のうち喪失原因が「事業主都合」の者 (指定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) 4. 転入した者 5. 転出した者
. 編集事項 (編集を希望する項目番号に 印をつけてください。)
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者番号順 (大 小) 2. 50音順 3. 取得年月日順 4. 離職年月日順 5. 生年月日順
. 申請理由 (具体的に記入してください。)
新ひだか町新規高卒者雇用促進助成金の交付を申請するため。

上記のとおり、当事業所に係る事業所別被保険者台帳の照会を申請します。

浦河 (静内) 公共職業安定所長 様

平成 年 月 日

適用事業所番号

所在地

事業所名称

代表者名 _____

代理人氏名 _____

申請上の注意事項

雇用保険のデータは、被保険者及び企業等個々のプライバシーそのものとなりますので、申請の目的以外の使用はお断りいたします。

また、当事者以外の申請は受付いたしませんので、ご了承ください。