事業所別被保険者台帳照会申請書

下記により、被保険者台帳（通常・高年齢・育児）の照会を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | １ | ３ | ０ | １ | ― | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ― | ○ |
| 事業所名 | 株式会社　○○ | | | | | | | | | | | | |
| 従業員数 | １２０　　名 | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | 当社人事システムとのデータ整合確認のため | | | | | | | | | | | | |
| 通常の被保険者台帳 | ①　　資格取得中　　　②　　被保険者番号順  　　　資格喪失者　　　　　　五十音順  　　　　　　　　　　　　　　　取得・転入年月日順 | | | | | | | | | | | | |
| 高年齢雇用継続給付 関係台帳 | 1. 該当予定者一覧表　　③　賃金日額登録者一覧表 2. 支給予定者一覧表　　④　受給資格確認者一覧表 | | | | | | | | | | | | |
| 育児休業給付 関係台帳 | 1. 支給予定者一覧表 2. 受給資格確認者一覧表 | | | | | | | | | | | | |

* 台帳照会希望条件については、項目ごとに、希望する条件の記号に○印を記入

　平成○年○月○日

○○公共職業安定所長　殿

所在地 東京都千代田区○○１-２-３

事　業　所 名称 株式会社　○○

代表者氏名 代表取締役　○○　○○　　　　印