

提出日： 年 月 日

労働局長 殿

事業所確認票

事業所名：

〒

所在地：

事業所数： 事業所

事業所名	雇用保険適用事業所番号
1	-
2	-
3	-
4	-
5	-
6	-
7	-
8	-
9	-
10	-
11	-
12	-
13	-
14	-
15	-
16	-
17	-
18	-
19	-
20	-

注意事項

- ① 今回の支給申請に係る事業所以外の従たる（主たる）事業所をすべて記載してください。
- ② 事業所が他都道府県にまたがる場合もすべて記載してください。
- ③ 記載しきれない場合は、同様式を複数枚用いて記載してください。
- ④ 記載漏れがあった事業所において、支給対象労働者に係る支給申請があった場合、過去に遡って支給の適正を調査することがあります。