労働保険事務組合　宇都宮商工会議所　行
【FAX：028-637-3110】　【メール：rouho@u-cci.or.jp】

労働保険事務組合（委託事業主様用）　問い合わせ用紙

令和　　年　　月　　日

労働保険事務組合　宇都宮商工会議所
労働保険担当　宛て

住　　所
事業所名
代表者名

担当者名

内容	（例）〇〇の再発行をしてほしい（理由：紛失したため、使用目的：〇〇に必要なため）

※労働保険加入証明書、労働保険料等領収証明書の発行は別の様式がありますので、そちらをお使いください。

	県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	保険関係
労働保険番号	09	3	01	930022		雇用保険
	09	1	01	930025		労災保険（現　場）
	09	1	01	930026		労災保険（事務所）
	09	3	01	930020		(継続事業)雇用・労災

（↑　該当する労働保険番号の枝番号を記入してください。）

回答希望期限	令和　　年　　月　　日まで
回答方法	□FAX 希望　　□メール希望　　□郵送希望
電話番号	（　　）　　－
FAX 番号	（　　）　　－
メールアドレス	@

※回答希望期限、回答方法は、ご希望に添えない場合もございます。