

入社連絡票

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日作成

氏名 (フリガナ)	()
生年月日	昭和・平成 年 月 日
入社年月日	令和 年 月 日
住所 (かな)	〒 —
電話番号	— —
社員区分	<input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> パート (週労働時間 時間)

■雇用保険・社会保険にご加入される場合は下記もご記入ください。

雇用保険	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者番号 () <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 新規			
健保・年金	<input type="checkbox"/> 加入 (年金手帳 有・無) 無の場合は厚生年金に加入していた会社名等をご記入ください。 会社名 : 在職期間: 年 月 ~ 年 月			
社保扶養家族	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合は「被扶養者届」提出) <input type="checkbox"/> 無			
フリガナ 被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	職業・学校名・学年・収入 住所等 (別居の場合)
	大・昭・平・令 年 月 日	男 女		
	大・昭・平・令 年 月 日	男 女		
	大・昭・平・令 年 月 日	男 女		

給与	月額給与 (残業代見込みを含む)	通勤手当
	円	円

送付していただくもの (チェックの書類)

	書類名	対象者	備考
<input type="checkbox"/>	年金手帳	社会保険加入者	本人所有
<input type="checkbox"/>	雇用保険被保険者証	雇用保険加入経験あり	本人所有
<input type="checkbox"/>	(被扶養者異動届)	健康保険に扶養家族を入れる	申請用紙をお渡しします
<input type="checkbox"/>	(配偶者の年金手帳)	配偶者を健康保険の扶養に入れる	
<input type="checkbox"/>	個人番号		(マイナンバー)

上記以外に必要な書類がある場合には、当事務所から別途ご指示致します。