入社連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名　　　　　　　　　　　　 | 依頼日　令和　　　　年　　　　月　　　　日　 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ |  | ②性別 |
| 氏名 |  | 男・女 |
| ③ | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| ④ | 入社日 | 年　　　月　　　日　 |
| ⑤ | 住所 | 〒 |
|  |
|  |
| ⑥ | 給料 | 支給総額　　　　　　　　　　　　円 |
| 残業見込　　　　　　　　　　　　円 |
| 交通費　　　　　　　　　　　　　円 |
| 合計　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑦ | 仕事の種類 |  |
| ⑧ | 入社の経路 | 縁故・新聞募集・情報紙・職安・学校 |
| その他 |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑨ | 厚生年金手帳の添付 | 有・無（再交付の必要　有・無） |
| 基礎年金番号（　　　　　　　　　　） |
| ⑩ | 雇用保険証の添付 | 有・無（再交付の必要　有・無） |
| 被保険者番号（　　　　　　　　　　） |
| ※添付無の場合は職歴（履歴書のコピーでも可）を教えてください。 |
| ⑪ | 扶養家族 | 有（　　　　人）・無 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生年月日 | 続柄 | 職業・学校名 |
|  | ．　． |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※この欄は、健康保険に入れる人だけ記入してください。 |
| ⑫ | 特記事項 | （必要の都度ご記入ください） |
| ・個人番号（マイナンバー） |
|  |
|  |

 |