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） | |  | |  | |