**入社連絡表**　 会社名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①健保番号 |  | フリガナ |  | 性別 |
| ②氏名 |  | 男・女 |
| ③入社年月日 | 令和　　年　　月　　日 | ④生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| ⑤現住所 | 〒　　　- |
|  |
| ⑥職種 | 管理職・専門職・営業職・事務職・販売職・他（　　　　　　　） |
| ⑦加入する保険 | 雇用保険のみ加入・雇用・社会保険両方加入・保険加入なし |
| ⑧基礎年金番号 | 有・新規・紛失 | 　　　　　　- |
| ⑨雇用保険証番号 | 有・新規・紛失 | 　　　　　　-　　　　　　- |
| ⑩給与（1ヶ月） |  | 円 | ⑪給与体系（該当に○及び単価記入） |
| 残業見込額※ |  | 円 | ・月給者 |
| 通勤費（1ヶ月） |  | 円 | ・日給者　日給（　　　　　　　　　）円 |
| 合計 |  | 円 | ・時給者　時給（　　　　　　　　　）円 |
| ※残業が見込まれる方は、必ず残業見込額を記入してください。 |
| ⑫給与振込銀行 | 　　　　　　　　　　　銀行　本店・支店 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 扶養家族がいる場合、以下を記入してください。 |
| ⑬扶養家族 | 有（　　　　人）・無 |
| 家族氏名 | 続柄 | 性別 | 職業 | 生年月日 | 別居の場合は住所を明記 |
|  |  |  |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  |  |  |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  |  |  |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  |  |  |  | 昭・平・令　　年　　月　　日 |  |
|  |
| ⑭配偶者の扶養を希望する場合、配偶者の基礎年金番号 | 　　　　　　- |
| 特記事項・その他連絡事項 |
| ・個人番号（マイナンバー） |