入社・退社・扶養者異動連絡票(○をつけてください）

会社名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 性別 | | | | 生年月日 | |
| 氏名 |  | | | | 男・女 | | | | 年　　月　　日生 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
|  | | | | ＴＥＬ | | | |  | |
| 日付 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 入社（職種） | | | | | | | | | |
| 退社（離職票の交付　必要・不要）（理由　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 扶養家族 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄 | | 生年月日 | | | | 年間収入 | | 職業・学校学年 |
| 氏名 |
|  |  | | 年　月　日 | | | |  | |  |
|  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |
|  |  | |  | | | |  | |  |
|  |
| 異動 | （異動日）　　年　月　日（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 社会保健 | 厚生年金・健康保険・雇用保険 | | | | | | | | | |
| 年金 | （基礎年金番号　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 雇用保険 | (被保険者証)有り・無し→無しの場合は履歴書または職歴の記入 | | | | | | | | | |
| 職歴 | 会社名 | | | | | 勤務年月 | | | | |
|  | | | | | 年　　月～　　年　　月 | | | | |
|  | | | | | 年　　月～　　年　　月 | | | | |
|  | | | | | 年　　月～　　年　　月 | | | | |
|  | | | | | 年　　月～　　年　　月 | | | | |
| 給与 | 1ｹ月のおよその給与総額　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 月給・日給・時間給 | | 基本給 | | | | 円 | | | |
|  | | 手当 | | | | 円 | | | |
|  | | 手当 | | | | 円 | | | |
|  | | 手当 | | | | 円 | | | |
| 【備考】 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |