

# 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（ ）<br><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）<br>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。<br>会社名：<br>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<br>被扶養者氏名 | 生年月日  | 性別  | 続柄 | 職業・学校名・学年・収入<br>住所等（別居の場合） |
|                | 大・昭・平・令<br>年 月 日  | 男 女 |    |                            |
|                | 大・昭・平・令<br>年 月 日  | 男 女 |    |                            |
|                | 大・昭・平・令<br>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。