

【入 社・資 格 取 得 連 絡 表】

荻野社労士事務所 宛
 FAX 042-786-7587
 TEL 042-786-7580
 Mail: office@e-syaroushi.com

作成日 令和 年 月 日

会社名 _____

作成者 _____ 印

下記の者が入社しましたので資格取得手続(健康保険・厚生年金・雇用保険)を依頼します。

氏 名	フリガナ		男 女	生 年 月 日	年 齢	取得(入社)年月日
	マイナンバー:			S H 年 月 日	才	H 年 月 日
住 所	フリガナ				仕事の 種 類	
	〒					
扶 養 家 族	続 柄	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	年 齢	年収・学校名・学年	
		()	M・T S・H 年 月 日	才		
		()	M・T S・H 年 月 日	才		
		()	M・T S・H 年 月 日	才		
		()	M・T S・H 年 月 日	才		

年金手帳 (基礎年金番号通知書)		雇 用 保 険 証	
有 ・ 無 (新規取得・紛失)		有 ・ 無 (新規取得・紛失)	
<紛失の場合、最初に加入した会社を記入する>		<紛失の場合、最後に加入した会社を記入する>	
会 社 名		会 社 名	
所 在 地		所 在 地	
取得年月日 昭・平 年 月 日		勤務期間 年 月から 年 月まで	

給 与	基 本 給	月 額	円 (月給・日給 円・時間給 円)
	固定的諸手当	月 額	円 (役職・家族・住宅手当等の固定の手当)
	時間外手当等	月額見込	円 (早出・残業・深夜・休日・宿日直手当等)
	変動的諸手当	月額見込	円 (料手当・歩合給・売上高給等)
	通 勤 手 当	月 額	円 (日額支給の場合は1日当 円)
	その他の手当	月 額	円 (手当の名称)
	合 計	月 額	円

そ の 他	労働時間 (: ~ : まで)	労働条件 1日 時間 ・ 週 () 日勤務
	交代制・変則勤務は (ある ・ ない)	採用形態 (職安経由・募集・縁故・その他)
	本人 TEL ()	その他特記事項

通信欄

- ・年金手帳 (基礎年金番号をお持ちでない方は再交付申請が必要です。
- ・扶養家族の収入による基準 (健康保険130万円: 60歳以上は180万円)、所得税は103万円

受領日		入力日		CH	
-----	--	-----	--	----	--