## <u>入社連絡票</u>

※未記入の場合、お電話にて、確認させていただく場合がありますので、できるだけご記入お願いいたします。 郵送もしくはFAXお願いいたします。

FAX 076-413-3542					令和	年	月	日作成	
会社	名								
氏名(フリ	リガナ)			(		)			
生年月	月日	$S \cdot H \cdot I$	<b>R</b> 年	三月	日				
入社年	月日	令和	年	月 日					
住所(カ	いな)	₹							
電話番	<b>肾</b> 号								
マイナンバー	- (必須)	※お電話か、書類捺印時に記載の上郵送お願いいたします。							
社員区分·	契約区分	□社員□	ハ°ート	⇒(週労	働時間	時間)	無期契約	・有期契約	
担当耶	戦務								
■雇用保険	・社会保障	険にご加入さ	れる場	合は下記	もご記入く	ださい。	)		
雇用伊	고除	□ 雇用保険被保険者番号( - )							
/隹/171/	NPC	□ 紛失(前職・履歴書必要) □ 新規							
健保・年金		□ 基礎年金番号( – )							
社保 扶養家族 □ 有		□有	□ 無 (有の場合は「被扶養者届」提出)				1)		
フリガナ 被扶養者氏名		生年月日		性別	続柄	職業・	学校名・収入	•	
						住所等(	[別居の場合)・	・ <u>マインバー(必</u> )	)
		М Т		男女					
		м т	S H	男女					
		М Т	S H	男女					
給与	月額総支給約	合給与(残業代・その他手当含む見込み額)			通勤手当				
ボロ <del>・ナ</del>			円		円			円	
必要書類※		類が別途必	要です。						_
書類名		対象者					備考 		
✔ 年金手帳(写)		社会保険加入者				本人所有			

	書類名	対象者	備考
~	年金手帳(写)	社会保険加入者	本人所有
/	雇用保険被保険者証	雇用保険加入経験あり	本人所有
~	(配偶者の年金手帳)	健康保険に扶養家族を入れる	扶養家族所有
<b>'</b>	履歴書	本人	本人所有
/	マイナンバー通知カード (写)	本人・扶養家族	本人、扶養家族所有
~	在留カード(裏・表)写	本人	外国人国籍の場合

※雇用保険被保険者証を紛失した場合は、履歴書のコピーを送付ください

※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。

下記は弊社確認用ですので、ご記入不要です。

社保取得	扶養異動	雇保取得	国保・組合取得	基金取得	保険料案内	その他