

事業所名 事業所所在地 代表者名 TEL・FAX	雇用保険・社会保険 加入連絡票 ※ご記入後FAXにてご送信ください ご送信日: 令和 年 月 日
-----------------------------------	---

フリガナ											男・女	
氏名(漢字・ローマ字)												
生年月日(和暦)	S ・ H	年	月	日生(歳)	加入される方が“就かれる業務”							
(フリガナ) 住所	〒	フリガナ										
加入日	令和 年 月 日付入社(加入)											
月額給料の見込額	1ヶ月あたり _____ 円 …給与形態(月給・日給・時給) ※“交通費・残業見込み・各種手当等”を含む総支給額(“各種控除前”の額)											
個人番号 マイナンバー												

<雇用保険関係> ☆ 1週間の労働時間は何時時間位になりますか？ 1週平均 [時間 分]

● 雇用保険被保険者番号 NO. _____
 ※番号が分らない場合 雇用保険に加入していた時の勤務先名()
 過去に雇用保険に加入していたことがない 新卒(新規学卒の場合)

● 就職経路の確認 → ハローワーク紹介 民間紹介(業者名: _____) その他(_____)

● 外国人労働者に関する確認 - (両方必要です) 在留カード(“表と裏”の両面)の写し
 パスポートの写し

外国人の“雇入れ時・離職時”には“ハローワークへの届出”が必要です
 (雇用保険加入者は同時に行います)

<社会保険関係>

1) 基礎年金番号について《入社する従業員と扶養となる配偶者》

基礎年金番号がある…コピーをお送りください

基礎年金番号がない…本人確認が必要です(住民票・運転免許証・パスポート等による)

基礎年金番号のわかる書類を紛失した → 年金手帳再交付申請となります
 今まで年金に加入したことがない(20歳未満) → 年金手帳発行の手続きをします

2) 扶養家族について (扶養家族欄も必ずご記入下さい)

有 無

↓ 扶養する家族について…扶養となられるご家族は、所得税法上の扶養親族とされますか？(はい・いいえ)

	(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(学校名)	収入	別居の住所			
	氏名						マイナンバー			
1										
2										

厚生労働省認可 中小企業総務経理推進協会 / 社会保険労務士法人 社会保険労務士法人 イースト

FAX送信先 → 043(291)6177

ご送信担当者様は、FAX前に送信する旨をご連絡下さい。送信に際し、FAX番号に間違いがないことを確認後にFAX送信。受信を受けたこちらの担当者から受信したことを連絡させていただきます。 事業所コードNo.