

# 入社手続依頼書 (FAX送信用紙)

年 月 日

池田社労士事務所 行

会社名(ゴム印)

- 雇用保険加入手続
- 健康保険・厚生年金保険加入手続

記

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
入社年月日	年 月 日
給与の見込み	月額 円 (残業手当・諸手当・交通費を含む総支給額)
週の所定労働時間	時間
労働契約の期間	a. 契約期間の定めなし ・ b. 年 月 日 ~ 年 月 日
上記 b.の場合	( 自動更新 ・ 更新する場合がある ・ 更新はしない ・ その他 )
配属	(例:営業・事務など)
扶養者の有無	有 ・ 無

## 被扶養者

氏名	フリガナ(性別)	生年月日	続柄	職業(年金受給等)	収入/年
	(男・女)	年 月 日			
	(男・女)	年 月 日			
	(男・女)	年 月 日			
	(男・女)	年 月 日			

用意していただくもの

- 労働者名簿(または履歴書)の写し
- 週の所定労働時間が30時間未満の場合は、労働条件通知書の写し
- 個人番号(マイナンバー) ※被保険者及び被扶養者全員分
- 雇用保険被保険者番号
- 基礎年金番号
- 配偶者(20歳以上60歳未満)が被扶養者となる場合 →  配偶者の基礎年金番号
- 被扶養者の方で年金受給者がいる場合 →  年金通知書
- 被扶養者の方で小・中・高以外の学生がいる場合 →  在学証明書
- 外国人の場合は、在留カードの写し

※その他不明な点などございましたら、お手数ですが、弊事務所までご連絡ください。

池田社労士事務所 TEL 092-409-9911 FAX 092-409-9915

備考