

従業員の方を採用された際の連絡用にご利用ください。

採用連絡票

事業所名

ふりがな		性別
お名前		男・女
生年月日	昭和・平成	年 月 日
住民票の住所	〒	
ねんきん定期便等送付先 (上記以外を希望の場合)	〒	
雇用保険被保険者番号 または 以前のお勤め先の会社名		
基礎年金番号		
マイナンバー		

ご家族の保険証発行を希望しますか→ (はい ・ いいえ)
「はい」の方は下記の欄にご記入ください。

- *扶養の主な要件 ①75歳未満
②被扶養者の収入が以下の金額 (収入には年金、失業給付等を含みます)
60歳未満の者 130万円未満 60歳以上の者 180万円未満
上記の他にも認定要件がありますので詳しくはお問い合わせください。

続柄			
ふりがな			
お名前			
性別	男・女	男・女	男・女
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
マイナンバー			
基礎年金番号*1			
職業・学校 *2			
収入 (年収)	給与		
	年金		
	その他		
住所 *3			

- *1 夫または妻の場合 基礎年金番号を記入
*2 16歳以上学生の場合 高校・大学・専門学校の別 学年を記入
*3 別居の場合 住所 (都道府県名) 記入 仕送額が確認できる通帳のコピー添付 (学生は提出必要なし)
マイナンバー未記入の場合、戸籍謄本や住民票原本、課税証明書原本等をご用意ください。

----- 事業主記入欄 -----

1ヶ月の見込賃金 (交通費を含む総支給額)	円 (月給・日給・時給)
雇用保険加入日	年 月 日
社会保険加入日	年 月 日
その他・備考欄	

事業主様をご確認の上、必ずチェックしてください。
 被扶養者の続柄を戸籍謄本、住民票等で確認しました。
 所得税法上の控除対象扶養親族であることを確認しました。
 用紙が足りない場合は、コピーして別紙に記載してください。