

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	社員No
お名前					
所属部署					
郵便番号	〒	—			
ご住所					
生年月日	昭和・平成	年	月	日	生
雇用保険取得日(入社日)	令和	年	月	日	
社会保険取得日	令和	年	月	日	
※マイナンバー	—	—			
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	—				
労働契約期間の定め	なし・あり(/ ~ /)				
1週間の所定労働時間	時間				分
1ヶ月の手当等含む 見込総額賃金	円	支払方法	月給・日給・時給		
上記賃金の手当等内訳	通勤	手当(円)	住宅	手当(円)	

ご家族の保険証発行を希望しますか【選択】→ 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 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

続柄			
ふりがな			
お名前			
性別			
生年月日			
マイナンバー			
基礎年金番号			
職業・学校 (16歳以上の場合学年を記入)			
収入(年収)	給与		
	年金		
	その他		
住所	同居・別居	同居・別居	同居・別居

事業主様をご確認の上、必ずチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	被扶養者の続柄を戸籍謄本、住民票等で確認しました。
<input type="checkbox"/>	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。