

入社手続連絡用紙

太枠の中へ、記載又は該当する項目に○を記入し、確認書類とこの連絡用紙を四谷青色申告会へお送り下さい。(FAX送信可) 令和 年 月 日

事業所名称	
-------	--

被保険者番号		-																	新規取得
マイナンバー(未記入でお願いします)																※後程、お電話で確認する場合があります。			

被保険者番号がお分かりにならない場合は、以前のお勤め先の会社(被保険者として雇用されていた事業所)の名称、所在地、電話番号等をご記入下さい。

()

氏名(漢字)	フリガナ(カタカナ)	性別	生年月日
		1. 男 2. 女	昭和 年 月 日 平成

被保険者となった日(入社日)	賃金月額(交通費含む)	職種
令和 年 月 日	円	

手続きの期限は、入社日の属する月の翌月10日迄です。手続きが遅れた場合は、入社日からの賃金台帳、出勤簿(タイムレコーダ)等が必要な場合があります。

前職の被保険者期間と入社日が重ならないようにご確認をお願いします。

原因	支払態様	一週間の所定労働時間	
1. 新規雇用 (新規学卒)	1. 月給	勤務日 () 曜日 ~ () 曜日	
	2. 週給	勤務時間 () 時 ~ () 時	
2. 新規雇用 (再就職等)	3. 日給	休憩時間 () 時 ~ () 時	
	4. 時間給		
3. パート	5. その他	就職経緯: 1. 安定所、2. 自己就職、3. 民間紹介、4. 他	
4. 有期契約		契約期間の定め	
5. 季節雇用		年 月 日 ~ 年 月 日	
7. その他		1. 有	契約更新条項の有無 イ. 有、ロ. 無

労働者の方が雇用保険の被保険者となる場合は ①一週間の所定労働時間が20時間以上であること ②31日以上引き続き雇用することが見込まれる場合 ①②いずれにも該当するときは被保険者となります。

※上記該当の場合、65歳以上の方、自営業を営んでいる方も被保険者になります。

※外国人の方はアルバイト等短期の方でも別途届出が必要になりますので、ご連絡ください。なお、正社員の外国人の方と同様に在留カードの情報が必要になります。