



従業員及び被扶養者[変更]手続依頼書

太枠内をご記入の上、当事務所へFAXをお願い致します。

フリガナ 従業員氏名			<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 被扶養者異動（追加・削除・その他の変更） <input type="checkbox"/> 賃金の変更 <input type="checkbox"/> 勤務形態の変更
↓	変更年月日	平成 年 月 日	※ 変更の理由となる事実が生じた日付 住所変更日、婚姻日、契約日等
フリガナ 変更後の住所	〒()-()		※住所の読み仮名が難しい場合はフリガナをお願い致します。
フリガナ 変更後の氏名			理由：婚姻・離婚・他 () ※従業員の変更に伴って被扶養者の変更もある場合は下記の「変更後の扶養家族」欄に記入して下さい。
変更後の 扶養家族	フリガナ 氏名	男・女 続柄	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更 理由：婚姻・離婚・就職・退職・入学 誕生・死亡・他 ()
	生年月日 S・T・H 年 月 日	職業	収入
変更後の 扶養家族	フリガナ 氏名	男・女 続柄	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更 理由：婚姻・離婚・就職・退職・入学 誕生・死亡・他 ()
	生年月日 S・T・H 年 月 日	職業	収入
変更後の 勤務形態	職種：	(正社員・パート) 週の労働時間 _____ 時間	(定時・不定) _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
変更後の 賃金	1. 月 給 _____ 円 2. 日給月給 (1日 _____ 円) 3. 週 給 (1週 _____ 円) 4. 日 給 (1日 _____ 円) 5. 時 給 (1時間 _____ 円) 6. 年棒制 7. その他 ()		基 本 給 _____ 円 () 手当等 _____ 円 通勤手当 (交通費) _____ 円 時間外手当 (見込み) _____ 円 合 計 _____ 円 ※現物給与の有・無
	再発行		健康保険証 年金手帳 滅失・ 雇用保険証 離職証明書 毀損 滅失・毀損の理由 <input type="checkbox"/> 詳しく分からない
送付書類 (添付書類)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 学生証のコピー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記の通り相違ありません。所要の手続を依頼します。

平成 年 月 日

(所在地)

事業主 (商 号)

(代表者)

Ⓜ

〒221-0834 横浜市神奈川区台町13-8-203 望月行政・社労士事務所 行政書士・社会保険労務士 望月昭男 TEL (045) 313-6188 FAX (045) 313-6177
--