



(雇用保険・労災保険)

従業員[入社・退職]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 氏名等	男 生年月日 T・S・H 年 月 日 女 電話番号 () -		
フリガナ 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。		
入 社	入社年月日	平成 年 月 日	出勤簿・タイムカード等に記載され、給与の支払対象となった最初の日であること。また、試用期間があるときは、その初日。
	期間の定め	無・有 ⇒ (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	職種：
	勤務形態 賃金	1. (定時・不定) _____時_____分～_____時_____分 2. 週の労働時間 合計_____時間 3. 給与計算 (月給・日給・年棒・他) ↑該当に○をしてください。	基本給_____円 ()手当_____円 ()手当_____円 通勤手当_____円 時間外手当 (見込み) _____円 合計 _____円
退 職	退職年月日	平成 年 月 日	離職票の希望 有・無
	退職理由	イ. 本人都合 □ 会社都合 1. 転職希望 2. 体力不足等 3. 結婚・妊娠・出産等 4. 父・母等の看病 5. 通勤不可能な地域に転居 6. 勸奨退職 7. 定年退職 8. その他 ()	賃金 1. 月給 2. 日給 3. 週給 4. 日給 5. 時給 6. 年棒制 7. その他 ()
	送付書類 (添付書類)	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証 <input type="checkbox"/> タイムカード・出勤簿 (____年____月～____年____月分) <input type="checkbox"/> 履歴書 (コピー) <input type="checkbox"/> 賃金台帳 (____年____月～____年____月分) <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 他 ()	
入社時は、雇用保険被保険者証をFAXください。無い場合は、履歴書をFAXください。			

(注意) 雇用保険では、従業員の職種や名称にかかわらず、パートやアルバイト等であっても、週20時間以上勤務している者は、会社や従業員の意志に関わらず被保険者となります。

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
