



# 従業員[入社]手続依頼書

太枠線内をご記入の上、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。		
勤務形態	職種:	雇用期間 (無・有) ⇒平成 年 月 日～平成 年 月 日		
勤務時間	1. (定時・不定) ____時____分～____時____分 2. 週の労働時間 合計____時間	賃金	1. 月給 2. 日給月給 (1日____円) 3. 日給 (1日____円) 4. 時給 (1時間____円) 5. 年棒制 6. その他 ( )	
扶養家族  有・無 ↑ どちらかに○を してください	フリガナ 氏名 生年月日 S・T・H 年 月 日		男・女 続柄 収入 (年) 万円	基 本 給 _____円 ( ) 手当 _____円 ( ) 手当 _____円 ( ) 手当 _____円
	フリガナ 氏名 生年月日 S・T・H 年 月 日		男・女 続柄 収入 (年) 万円	通勤手当 (交通費) _____円 時間外手当 (見込み) _____円
	フリガナ 氏名 生年月日 S・T・H 年 月 日		男・女 続柄 収入 (年) 万円	合 計 _____円
	フリガナ 氏名 生年月日 S・T・H 年 月 日		男・女 続柄 収入 (年) 万円	※現物給与の有・無 ※取得時訂正予防措置 確認 ( ) 該当しない理由 _____
送付書類 (添付書類)	<input type="checkbox"/> 年金手帳 FAX <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 失業給付終了通知書 FAX <input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証FAX <input type="checkbox"/> タイムカード・出勤簿 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 履歴書FAX <input type="checkbox"/> 学生証のコピーFAX      ( )			

(注意)パートやアルバイト等であっても、雇用保険では週20時間以上(20時間～30時間未満は短時間被保険者)、社会保険では正規従業員の4分の3以上の時間勤務している者は、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)

〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-29-9・6階  
**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

©この書式は当事務所ホームページ(<http://www.o-mochizuki.jp/>)からダウンロードできます。