

雇用保険・社会保険手続きシート(取得用)(※ファックス可)

社名	御中
TEL	
FAX	



〒 700 - 0927
岡山市 北区 西古松 2-2-8
ラポルト大元駅前202
コモンズ社会保険労務士事務所
TEL 086-805-8550
FAX 086-243-4067

⑨ この用紙は、事業主様において下記の内容全てに必ずご記入をお願いします。

記入漏れや書類の不備がある場合、処理遅延の場合がございますので、ご了承下さい。

① ○をつけてください。

加入する保険	雇用保険	・	社会保険	・	加入なし
--------	------	---	------	---	------

② 雇入れの情報

ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生	
労働条件・手当	基本給 (月給 ・ 日給 ・ 時間給)	円 ※合計金額が社会保険
	手当等 () 手当	円 の報酬額になります
	手当等 () 手当	円
	一日の労働時間	時間
	勤務日数 1ヶ月 ・ 1週間 () 日間程度	

③ 雇用保険

<input type="checkbox"/> 雇用保険取得日	令和 年 月 日	←ご記入をお願いします
上記の方の雇用期間を有期の定め → <input type="checkbox"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> なし		
(✓をしてください) 有期雇用期間 ()		

④ 社会保険

社会保険取得日	令和 年 月 日	←ご記入をお願いします
健康保険に加入する扶養者が	いる	・ いない

⑤ 必要書類等

雇用保険に加入する場合	社会保険に加入する場合
<input type="checkbox"/> <u>個人番号(マイナンバー)の写し</u>	<input type="checkbox"/> <u>個人番号(マイナンバー)の写し</u>
<input type="checkbox"/> 履歴書の写し	(扶養者がいる場合は、全員分)
<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証の写し(前職歴がある場合)	<input type="checkbox"/> 基礎年金番号のわかるものの写し
	(年金手帳の写しまたは基礎年金番号通知書等の写し)

マイナンバーがない場合は処理ができない為、必ずご用意下さい。