

社保連絡票

この連絡票は、写真を撮るかスキャンを取って、チャットワークでお送りください

社会保険の加入に必要な欄

加入者名		保険加入日	
週労働時間		マイナ保険証	あり・なし

社会保険の扶養に必要な欄

(扶養控除等申告書の扶養親族に記入されている人は氏名・フリガナ・性別だけでOKです)

	扶養①	扶養②	扶養③
氏名			
フリガナ			
性別			
続柄			
生年月日			
職業・年収			
マイナンバー			

	扶養④	扶養⑤	扶養⑥
氏名			
フリガナ			
性別			
続柄			
生年月日			
職業・年収			
マイナンバー			

雇用保険の加入に必要な欄

雇用期間	無期・3ヶ月・6ヶ月・1年 (無期以外の場合は下の契約更新についても記入)		
最初の契約更新予定日		契約更新の有無	あり・なし
以前の雇用保険の加入	あり・なし	被保険者番号	

雇用保険番号が不明な場合は、下記に前職の会社について記入してください

会社名	
会社住所	