

**社会保険・雇用保険 加入連絡票 (医師国保)**

|                      |   |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
|----------------------|---|---------------------------------------|---|------|---------|------------------------|---|-----------------------------|-------|---------------|--------------------------------|-----------|
| (フリガナ)<br>氏名         |   |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               | 性別                             | 男 ・ 女     |
|                      |   |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| 区分                   | 正社員 ・ パート                                     |                                       |   |      |         | 扶養<br>(子や<br>配偶者<br>等) | 有 ・ 無<br>↓<br>「有」の場合、下の欄へ<br>必要事項をご記入ください |                             |       |               |                                |           |
| 入社<br>年月日            | 平成  | 年                                     | 月 | 日    |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| 生年月日                 | 昭和<br>平成                                      | 年                                     | 月 | 日    |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| (フリガナ)<br>現住所        | (〒 - ) (TEL: - )                              |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
|                      |   |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| ご本人様記入欄              | 健康保険の扶養となるご家族について                             |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
|                      | 被扶養者の氏名                                       |                                       |   | 生年月日 |         | 性別                     | 続柄  | 加入日                         | 職業・学年 | 世帯            | 平均月収(配偶者のみ)<br>該当するものに○をしてください |           |
|                      | (フリガナ)  | S<br>H                                | 年 | 月    | 日       |                        |   |                             |       | 同居<br>・<br>別居 | 給与・失業保険・年金<br>円                |           |
|                      | (フリガナ)  | S<br>H                                | 年 | 月    | 日       |                        |   |                             |       | 同居<br>・<br>別居 | 給与・失業保険・年金<br>円                |           |
|                      | (フリガナ)  | S<br>H                                | 年 | 月    | 日       |                        |   |                             |       | 同居<br>・<br>別居 | 給与・失業保険・年金<br>円                |           |
|                      | ※被扶養者が年金受給者の場合、年金額がわかるもののコピー(振込通知等)を添付してください。 |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
|                      | 雇用保険・健康保険・厚生年金加入手続に必要な書類                      |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
|                      | 健康保険<br>厚生年金                                  | 年金手帳のコピー                              |   |      |         |                        | 雇用保険                                      | 労働契約書のコピー                   |       |               |                                |           |
|                      |   | 住民票原本<br>(世帯全員分・続柄記載・<br>3か月以内に発行のもの) |   |      |         |                        |   | 雇用保険被保険者証<br>(ない場合は履歴書のコピー) |       |               |                                |           |
|                      |   | 保険加入状況調書                              |   |      |         |                        |   | 加入日の出勤が確認できる出勤簿の写し          |       |               |                                |           |
| 事業所記入欄               | 健康保険・厚生年金                                     |                                       |   |      |         | 雇用保険                   |   |                             |       |               |                                |           |
|                      | 加入<br>年月日                                     | 平成                                    | 年 | 月    | 日       | 平成                     | 年   | 月                           | 日     |               |                                |           |
|                      | 加入区分  | 新規 ・ 再加入                              |   |      |         |                        | 新規 ・ 再加入                                  |                             |       |               |                                |           |
|                      | 勤務時間  | (日) : ~ :                             |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                | ( 時間勤務/日) |
|                      |   | (週) 日勤務/週                             |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
|                      | 報酬月額  | 基本給(月額) 円                             |   |      |         |                        | ( )手当 円                                   |                             |       |               |                                |           |
|                      |   | 通勤手当 円                                |   |      |         |                        | ( )手当 円                                   |                             |       |               |                                |           |
| ( )手当 円              |   |                                       |   |      | ( )手当 円 |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| ( )手当 円              |   |                                       |   |      | ( )手当 円 |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| 見込残業時間 無 ・ 有 ( 時間/月) |   |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |
| 月額総合計 円              |   |                                       |   |      |         |                        |   |                             |       |               |                                |           |