

社会保険・雇用保険 加入連絡票 (歯科医師国保)

(フリガナ) 氏名											性別	男 ・ 女	
区分	正社員 ・ パート					扶養 (子や 配偶者 等)	有 ・ 無 ↓ 「有」の場合、下の欄へ 必要事項をご記入ください						
入社 年月日	平成	年	月	日									
生年月日	昭和 平成	年	月	日									
(フリガナ) 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) <small>該当するものに○をしてください</small>		
	(フリガナ)	S H	年	月	日					同居 ・ 別居	給与・失業保険・年金 円		
	(フリガナ)	S H	年	月	日					同居 ・ 別居	給与・失業保険・年金 円		
	(フリガナ)	S H	年	月	日					同居 ・ 別居	給与・失業保険・年金 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 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 (世帯全員分・続柄記載・ 3か月以内に発行のもの)					雇用保険被保険者証 (ない場合は履歴書のコピー)						
		就労証明書・誓約書(自署押印)					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 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							
		()	円	()	手当	円							
()		円	()	手当	円								
見込残業時間 無 ・ 有 (時間/月)													
月額総合計 円													