

保険加入手続依頼書

ADR 社会保険労務士法人 御中

社員（正社員・パート・アルバイト）の保険加入手続を依頼します。

年 月 日

会社名

担当者名

印

番号		氏名		マスタ登録がまだの方は「 マスタ登録依頼書 」もご記入ください
種別	正社員 ・ 準社員 ・ パート ・ アルバイト			
入社日	S/H/R 年 月 日	マイナンバー（個人番号）	—	—

保険	雇用保険・健康保険・厚生年金保険	被扶養者	有 ・ 無
資格取得日	雇用保険 H/R 年 月 日 社会保険 H/R 年 月 日	加入する場合は○を、加入しない場合は 二重線で消してください。	

被扶養者の場合

必要書類

共通	本人マイナンバー	上に記載してください
	労働条件通知書等	給与額・労働時間・雇用期間等労働条件がわかるもの
	出勤簿・賃金台帳	取得日が1ヶ月以内の場合は必要ありません。
	給与額	月給・日給・時給 月額 ()円
雇用保険	雇用保険被保険番号	(— —) 不明の場合は履歴書のコピー等
健康保険	被扶養者マイナンバー	下に記載してください
厚生年金	所得証明書	被扶養者になる場合のみ、高校卒業後の学生は学生証
	失業給付受給資格者証	被扶養者が失業給付を受けられる場合

健康保険被扶養者

氏名	生年月日	性	続	職業	失業給付	年間収入	得喪日
ふりがな		別	柄				理由
	M/T/S/H/R 年 月 日	男 女			有・無 申請中	円	年 月 日
	マイナンバー	— —					
	M/T/S/H/R 年 月 日	男 女			有・無 申請中	円	年 月 日
	マイナンバー	— —					
	M/T/S/H/R 年 月 日	男 女			有・無 申請中	円	年 月 日
	マイナンバー	— —					
	M/T/S/H/R 年 月 日	男 女			有・無 申請中	円	年 月 日
	マイナンバー	— —					

※マイナンバーは郵送等でも構いません。マイナンバーの書かれた用紙はマイナンバーを塗りつぶすか用紙を破棄します。

