

☆ 労働保険；ご委託関係確認書

メール或いはFAXにてご送信お願い致します

事業所（屋号）名	(フリガナ)		
所在地	〒	(フリガナ)	
代表者職・氏名	(フリガナ)		
代表者住所	〒	(フリガナ)	
電話番号・FAX番号	TEL；		FAX；
業種（具体的に）			
	委託予定日； 年 月 日		
労働者	雇用保険加入者 名 （加入連絡票にご記入いただきFAXにてご送信お願い致します。）		
	その他労働者 名		
特別加入者	役員等 名 （加入確認書ご記入いただきFAXにてご送信お願い致します。）		
給与・支払日	[日〆] [当月・翌月 日払]		
賞与支給の有無	賞与支給 [無 ・ 有 → 支給は… 月, 月,]		
昇給の有無	昇給 [無 ・ 有 → 昇給月は… 毎年 月]		
◎ ご準備いただく書類 法人の事業所 個人の事業所様 ☐ 法人登記簿謄本（全部事項証明）原本・・・3か月以内のもの <u>先ず、メール或いはFAXにてご確認させて下さい。</u>（原本は郵送にてお願い致します。） ☐ 代表者の住民票原本・・・3か月以内のもの ☐ 代表者の運転免許証の写し ☐ 公共料金の領収書、事務所の賃貸契約書、給与支払い事務所開設届のいずれかの写し （元請様への請求書の写しでも可…屋号・代表者名・所在地が載っているもの）			