

協力業者様登録カード（新規・変更）

令和 年 月 日

フリガナ				事業内容			
貴社名 (又は屋号)							
フリガナ				一人親方の場合			
役職 代表者名	役職	代表者名		血液型	緊急連絡先		
					連絡先名		
				型	電話番号		
フリガナ							
住所	〒						
会社 電話番号			ご担当者名				
			ご担当者携帯				
FAX番号			E-mail				
振込先金融機関名		本・支店名		預金 種目	口座番号 (右詰め、7けたでご記入ください)		
銀行 信金 信組 ()		本店 支店		普通 当座 ()			
フリガナ							
口座名義							

[消費税関連]

事業者区分	<input type="checkbox"/> 課税事業者 <input type="checkbox"/> 免税事業者	適格請求書発行事業者 登録番号	T																
[登録番号を取得されていない協力業者様] 差し支えなければ理由や今後の予定等のご記入をお願いいたします。																			

[健康保険等の加入状況]

加入の有無	健康保険			厚生年金保険			雇用保険					
	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 適用除外	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 適用除外	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 適用除外			
事業所 整理記号等	営業所の名称			健康保険 <small>事業所整理記号及び事業所番号 (健康保険組合にあっては 組合名及び番号)</small>			厚生年金保険 <small>(事業所整理記号及び事業所番号)</small>			雇用保険 <small>(労働保険番号)</small>		

- ・該当する項目にチェック☑してください
- ・健康保険・厚生年金・雇用保険の加入を確認できる書類（写）を添付してください。

1. 当社への請求締日／毎月25日締(月末必着)
2. お支払日／翌月25日(該当日が土日祝日の場合は次の平日)