給与計算のヒアリングシート

お手数ですが、ヒアリングシートにご記入後、弊社までファックスで送付して下さい。
給与計算のお見積りさせていただきます。

1. 会社基本情報			
貴　社　名		ご担当者名	
所　在　地	〒		
TEL	（　　）	FAX	（　　）
E-mail		業　種	
事業所数	箇所	委託開始希望月	年　　月支給分より

2. 給与基本情報			
1	役員・雇用形態別従業員数をご記入ください。		
	□役員　名　□正社員　名　□契約社員　名 □ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ　名　□その他（　　）　名		
2	雇用形態別給与体系と給与計算の締日・支給日をご記入ください。		
①	正社員	□年俸制　□月給制 □日給月給制　□日給制 □歩合給制　□時給制	固定給など：____日締め　当月・翌月____日払い 残業代など：____日締め　当月・翌月____日払い
②	契約社員	□年俸制　□月給制 □日給月給制　□日給制 □歩合給制　□時給制	固定給など：____日締め　当月・翌月____日払い 残業代など：____日締め　当月・翌月____日払い
③	パート・ アルバイト	□日給制　□時給制 □その他（　　）	固定給など：____日締め　当月・翌月____日払い 残業代など：____日締め　当月・翌月____日払い
④	その他 （　　）	□年俸制　□月給制 □日給月給制　□日給制 □歩合給制　□時給制	固定給など：____日締め　当月・翌月____日払い 残業代など：____日締め　当月・翌月____日払い
3	変形労働時間制の導入されてますか。		
	□適用してない □適用している　□1 箇月単位　□1 年単位　□フレックスタイム　□その他（　　）		
4	裁量労働制は導入されてますか。		
	□適用してない □適用している　□専門業務型　□企画業務型		
5	月間平均入退職者数をご記入ください。		
	入社人数　名	退職人数　名	
6	賞与はありますか。ある場合は、支給回数と支給月をご記入下さい。		
	□　ある　対象者数　名　年____回　____月____月____月 □　なし		
7	年末調整は依頼されますか。希望する場合は対象者と還付時期をご記入ください。		

	□依頼する　対象者数　　名　還付月　□１２月給与　　□１月給与　□　その他 （　　） □依頼しない
8	**給与明細書の下記のどちらを希望されますか。**
	□　紙タイプ　　□　WEB 給与明細書　　□　メール配信
9	**給与の振込方法を教えて下さい。**
	□　ネットバンキングで銀行振込　　□　銀行窓口で振込
10	**給与振込の代行業務は、依頼されますか。**
	□　依頼する　ネットバンキングで銀行振込（×窓口振込）　□　自社で振込を行う
11	**勤怠（労働時間）の集計方法を教えて下さい。**
	□　紙タイムカード　□　エクセルの勤務表　□　勤怠管理ソフト（　　） □　その他（　　）
12	**勤怠の集計は、依頼されますか。**
	□　自社で行う　　□　依頼する
13	**年次有給休暇の管理は、依頼されますか。**
	□　自社で行う　　□　依頼する
14	**住民税の管理方法を教えて下さい。**
	□　特別徴収　　□　普通徴収　□　役員・正社員のみ特別徴収
15	**マイナンバーの管理は、依頼されますか。**
	□　自社で行う　　□　依頼する
16	**現在、給与計算ソフトを使用されている、ソフト名を教えて下さい**
	□ソフト名（　　）　　□使用していない
17	**会社負担の保険料や賞与引当金の集計は依頼されますか。**
	□　依頼する　　□　依頼しない
18	**個人マスターと過去給与情報は全てデータでご提供いただけますか。**
	□全てデータ　□一部紙　　□全て紙　□提供不可
19	**クラウドサービス（ペーパーレスによる従業員様との労務情報のやり取りや労務情報の管理）を利用した業務を希望されますか。**
	□すでに利用している（サービス名　　） □利用を検討したい（□勤怠　　□労務管理　　□年末調整　　□マイナンバー　□給与明細） □希望しない
3. 労働・社会保険基本情報	
1	**社会保険・雇用保険の手続業務は、依頼されますか**
	□　自社で行う　　□　依頼する　　□社労士事務所に委託中
2	**労働保険事務組合に加入していますか。**
	□加入してる（事務組合名　　）　□加入してない
3	**雇用保険の状況をお知らせください。**
	□加入してない　　□一部未加入（対象者　　） □加入中　　名（概算）　　適用事業所数　□本社のみ　　□複数事業所（　　事業所）

4	労災保険の状況をお知らせください。
	□加入してない □加入中　　適用事業所数　□本社のみ　　□各事業所ごとに成立 □二元適用（建設業の場合）　　□単独有期事業　　□有期一括事業　　□事務所労災
5	労災保険特別加入者はいますか。
	□いない □いる　内訳（役員　　名　海外勤務　　名　その他　　名）
6	健康保険の状況をお知らせください。
	□加入してない　　□一部未加入（対象者　　） □加入中　　名（概算） 加入団体　□協会けんぽ 　　□健康保険組合（組合名　　）□国保組合（組合名　　）
7	厚生年金の状況をお知らせください。
	□加入してない　□一部未加入(対象者　　) □加入中　　名(概算)
8	年金基金の状況をお知らせください。
	□加入してない □加入中　　名(概算)
9	社会保険料の控除月をお知らせください。
	□当月控除　□翌月控除　□その他(　　)
4. その他	
1	弊社のメルマガ配信を希望しますか。
	□　希望する　　□　希望しない
2	「個人情報に関する取扱いについて」
	□　同意する　　□　同意しない
3	その他のご要望がありましたらご記入下さい。

送り先はこちら

社会保険労務士法人ユナイテッドブレインズ

〒231-0011

神奈川県横浜市中区太田町四丁目 55 番地　横浜馬車道ビル 3 階

電話045-640-4757　FAX045-227-5277

営業時間　９：００～１７：００　月曜～金曜（祝日除く）