

ご相談シート(残業代請求)

* お分かりにならない箇所は空欄で結構です。

あなたについて

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	M T S H 年 月 日	歳
住所	〒 一 都道 府県			
固定電話		FAX		
携帯電話		E-Mail		
勤務先	<input type="checkbox"/> 下の相手方(請求先)と同じ <input type="checkbox"/> 下の相手方(請求先)以外 名称 電話 FAX			

相手方について

ふりがな		業種	
名称			
本店所在地	〒 一 都道 府県		
現在(最後)の勤務先住所	〒 一 都道 府県		
電話		FAX	
資本金	円 従業員	名 売上高	円 上場・非上場

相手方の労働条件について

雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート, アルバイト <input type="checkbox"/> その他()		入社日		役職	
退職金	あり・なし (見込額 万円)		在職	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職済(退職日)		
給与	月 万円	賞与 年 万円	就業規則	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 規則はあるが入手困難		
賃金体系	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 年俸制 <input type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時給制 <input type="checkbox"/> 歩合制 <input type="checkbox"/> その他()		労働契約書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あったが紛失		
給与内訳	基本給	歩合給	残業手当			
	家族手当	扶養家族の有無・数に応じて支給されるものか			はい・いいえ	
	通勤手当	定期代等, 通勤費に応じて支給されるものか			はい・いいえ	
	住宅手当	家賃・住宅ローンの金額に応じて支給されるものか			はい・いいえ	
	別居手当	単身赴任等, 別居を余儀なくされたときに支給されるものか			はい・いいえ	
	教育手当	子女の教育費の補助として支払われるものか			はい・いいえ	
その他	具体的内容:					

勤務制度について

※ 現実の就業実態ではなく, 就業規則又は労働契約の内容を記載してください。

<input type="checkbox"/>	定時制(始業時間と終業時間が固定されている)					
	勤務時間	午前・午後	時 分	～	午前・午後	時 分
	休日	土曜日・日曜日・祝日・その他()				
<input type="checkbox"/>	フレックスタイム制					
	清算期間	1ヶ月・その他()		コア	午前・午後	時 分
	清算期間中の所定労働時間	時間	タイ	～	午前・午後	時 分

