（共済様式第2号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入日）令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 振興会受付印 | 入　力　印 |
|  |  |

**被 共 済 職 員 新 規 加 入 届**

一般社団法人　宮城県民間社会福祉振興会理事長　殿

新たに被共済職員となりましたので届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共済契約者  番　　　号 |  |  |  | 共済契約者  名称及び  代表者名 | |  | 公　　印 |
|  |
| 共済契約者  所　在　地 | 〒  TEL： | | | | | |
| 施設番号 |  |  |  | | 施設名称 |  | 第二種共済制度加入の有無について |
| 有　・　無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被共済職員  番　　号  ※振興会記入欄 | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | 性　別 | | | 印鑑 | |  | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | １．男  ２．女 | | |
| 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 職　　　種 | | | | | | | | 職種コード | | | | | |
| １．昭  ２．平 | | | |  | | |  | | | | 年 | | | |  | | |  | | 月 | |  | |  | 日 |  | | | | | | | |  | | | |  | |
| 採　用　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 加　入　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 平・令 | | |  | | |  | | | | 年 | | | |  | | | |  | | 月 | | |  |  | 日 | 令　和 |  |  | 年 |  | |  | 月 | |  | |  | | 日 |
| 本　俸　月　額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第二種制度加入の有無 | | | | 雇　用　形　態 | | | | | | | | | | | | |
| **￥** |  |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | 有　・　無 | | | | １．正規職員  ２．非正規職員（ﾊﾟｰﾄ・臨時職員等） | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | ＴＥＬ番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

注１）被共済職員番号は記入しないでください。（振興会記入欄）

注２）第二種共済制度に加入する場合の加入年月日は、現行制度加入日と同日となります。

注３）本俸月額の上限は450,000円です。

注４）新規加入者ご本人の印鑑を忘れずに押印願います。

注５）共済担当者氏名及び連絡先電話番号は必ずご記入下さい。

**被共済職員新規加入届の記載注意事項**

**◆◆◆◆◆◆《共済様式第２号》◆◆◆◆◆◆**

１）届出年月日を必ず記入して下さい。

２）「共済契約者（法人）番号」及び「施設番号」は3桁で必ず記入して下さい。

３）該当施設の、第二種退職共済制度締結の有無について○印を必ず付けて下さい。

４）被共済職員欄の記入について

①「氏名」には、必ずフリガナを付けて下さい。

②加入者様のご印鑑を必ず押印願います。

③「性別」は〔１：男〕か〔２：女〕に○を付けて下さい。

④「職種」は職種名を記入するとともに、下記の職種一覧表より職種番号を必ず記入して下さい。

⑤「生年月日」・「採用年月日」・「加入年月日」はすべて和暦で記入して下さい。

⑥「本棒月額」は、基本格付け本棒と特殊業務手当の合算額（福祉医療機構と同様）となります。

⑦「本俸月額」の上限は450,000円です。

⑧雇用形態を1．正規職員　か　2．非正規職員（臨時・ﾊﾟｰﾄ等）どちらかに○印を付けて下さい。

５）第二種退職共済制度への加入の有無も必ず○印を付けて下さい。

注）加入日は現行制度加入日と同日となります。

６）ご担当者名、連絡先電話番号を必ずご記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種番号 | |
| **01** | **施設長** | 園長・所長・寮長、院長 | **07** | **訓練指導員** | 作業指導員・職業指導員  ＯＴ・ＰＴ・マッサージ師等 |
| **02** | **指導員** | 児童指導員・生活指導員・生活相談員・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等 |
| **08** | **栄養士** |  |
| **09** | **調理員** | 調理員・調理師　等 |
| **10** | **事務員** | 副施設長・副園長・事務長・事務員・書記等 |
| **03** | **保育士** | 保母・保父・児童生活支援員・児童自立支援専門員 |
| **11** | **介助員** | 介助員・介助員助手等 |
| **04** | **介護職員** | 介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等 | **12** | **ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ** | ホームヘルパー・世話人 |
| **13** | **介護支援専門員** | 介護支援専門員・ケアマネージャー |
| **05** | **医　師** | 医師 |
| **06** | **看護師** | 看護師・准看護師・保健士・助産婦 | **14** | **その他** | 職員番号「01」～「13」に該当しない物。（運転手・ボイラー技師・薬剤師・守衛・用務員等） |