＊記入例と留意事項

（共済様式第２号）　　（記入日）令和　4 年　2 月　1 日

記入した月日を記入

被 共 済 職 員 新 規 加 入 届

振興会受付印	入　力　印

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	2 0 0	共済契約者名称及び代表者名	社会福祉法人振興福祉会 理事長　仙台　太郎	公　印 印
共済契約者住所	〒980-0014 宮城県仙台市青葉区本町 2-9-8 TEL：022-227-5535			
施設番号	0 0 1	施　設　名	あおぞらデイサービスセンター	第二種共済制度締結の有無 有 ・ 無

本人の印鑑を必ず押印ください。

被共済職員番号 ※振興会記入	記入しないでください。	フリガナ 氏　名	イズミ　ハナコ 泉　花子	性　別 1．男 2．女	印鑑 泉
生年月日				職種	職種コード
①昭 2．平	5 0 年 0 8 月	採用日と本会制度への加入日が異なる場合にはご注意ください。		ケアマネージャー	1 3
採用年月日			加入年月日		
令和 0 4 年 0 1 月 3 1 日			令和 0 4 年 0 2 月 0 1 日		
本俸月額（掛金基礎額）		第二種制度加入の有無		雇用形態	
￥ 2 2 5 0 0 0		有 ・ 無		1．正規職員 2．非正規職員（パート・臨時職員等）	

共済担当者氏名	太白　二郎

俸給表の額と特殊業務手当の合算額です。

※加入が無い場合でも必ずご記入願います。
※有の場合は、第二種制度加入日は上記現行制度加入日と同日となります。

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。