

被共済職員新規加入届

記入した月日を記入

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
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			公 印
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 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無

本人の印鑑を必ず押印ください。

被共済職員番	フリガナ	イヅミ ハナコ	性別	1. 男 <input checked="" type="radio"/> 2. 女	印鑑	泉
※振興会記入欄	氏名	泉 花子	種	ケアマネージャー	職種コード	1 3
生年月日		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。				
1. 昭 2. 平	5 0 年 0 8 月	1 7 日	採用年月日		加入年月日	
平成 2 7 年 1 1 月 3 0 日		平成 2 7 年 1 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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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

俸給表の額と特殊業務手当の合算額です。

連絡先電話番号

加入が無い場合でも必ずご記入願います。

注1) 振興会記入欄に記入してください。(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。