

受付印	入力印

被共済職員異動・訂正届

（記入日）平成 28 年 2 月 5 日

一般社団法人宮城県民間社会福祉振興会理事長 様

下記被共済職員に関して次のとおり異動、訂正がありましたのでお届けいたします。

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
共済契約者所在地	〒（ 980 - 0014 ） 宮城県仙台市青葉区		被共済職員番号は掛金請求明細書等をご確認いただき間違いが無いようご記入願います。	印
	TEL : 022-227-5535			

被共済職員番号 (7桁)	2 0 0 0 5 5 5	(フリガナ) 被共済職員名	ワカバヤシ ハルオ 若林 春男
-----------------	---------------	------------------	--------------------

異動・訂正年月日	平成 28 年 2 月 1 日		
項目	異動・訂正前の事項		異動・訂正後の事項
<input type="checkbox"/> 氏名変更	(加)		辞令等に記載された人事異動年月日をご記入下さい。
<input type="checkbox"/> 氏名訂正			
<input type="checkbox"/> 職種変更			施設番号を必ずご記入下さい。
<input type="checkbox"/> 職種訂正			
<input checked="" type="checkbox"/> 勤務施設異動	あおぞら保育園		振興デイサービスセンター
<input type="checkbox"/> 勤務施設訂正	施設番号 (3桁) 0 0 2		施設番号 (3桁) 0 0 5
第二種共済制度加入状況【今回の異動で下記①～③に該当する場合には○印を付けご記入下さい。】			
<input type="checkbox"/>	①今回の施設異動により第二種制度へ新規加入	加入年月日（異動日と同日）	平成 28 年 2 月 1 日
<input type="checkbox"/>	②適用外施設（第二種制度未加入施設）へ異動	異動年月日（異動日と同日）	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	③適用施設（第二種制度加入施設）へ復帰	復帰年月日（異動日と同日）	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 ()	第二種共済制度について、①～③のうち該当する項目がある場合には該当する項目に○印を付け、異動年月日と同日の年月日をご記入下さい。		
人事異動のため			

●連絡先電話・FAX 番号および担当者名	TEL 番号	022 (227) 5535
担当者名	FAX 番号	022 (227) 5151

注1) 該当項目に☑を付け下さい。

注2) 届出した事項に誤りがあり訂正する場合は、「異動・訂正年月日」は前回届出書類に記入した年月日をご記入ください。