

記入例

共済様式第 17 号

必ず「第二種退職共済加入者届」(共済様式第 17 号の 2) と併せて作成願います。

入力印

第二種退職共済契約申込書

(記入日) 平成 28 年 4 月 5 日

下記のとおり関係書類を添えて申込みます。

|          |                            |               |  |     |
|----------|----------------------------|---------------|--|-----|
| 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<br>理事長 仙台 太郎               | 公 印 |
| 共済契約者所在地 | 〒 ( 980 - 0014 )<br>宮城県仙台市 |               | 既に本会現行制度に加入している施設の場合には、必ず施設番号をご記入ください。 | 印   |
|          | TEL : 022-227-5535         |               |  |     |

|       |                    |   |                |   |
|-------|--------------------|---|----------------|---|
| 1     | 施設番号               | 1 0 0   | (フリガナ)<br>施設名  | ホシゾラサギョウシヨ<br>星空作業所                                     |
|       | 所在地                | 〒555-6666<br>気仙沼市〇〇町▲▲1-2-3<br>TEL : 0226-11-2222   |                |   |
|       | 加入日<br>(契約日)       | 平成 28 年 4 月 1 日   | 施設種類           | 就労支援B型  |
|       | 加入職員の範囲            | <input checked="" type="checkbox"/> ①福祉医療機構制度改正に伴う新規採用職員のみ加入<br><input type="checkbox"/> ②既存の職員も含め該当職員すべて加入 |                |   |
| 対象職員数 | 新規加入 (採用) 人数 : 3 名 | 既存の職員人数 : 0 名   | 合計人数 : 3 名     |   |
| 2     | 施設番号               |   | (フリガナ)<br>施設名称 | 既存の施設(現行制度に既に参加している施設)については、「加入職員の範囲」についてどちらかに☑をしてください。 |
|       | 所在地                | 〒<br>TEL :<br>FAX :   |                |   |
|       | 加入日<br>(契約日)       | 平成 年 月 日  | 施設種類           |   |
|       | 加入職員の範囲            | <input type="checkbox"/> ①福祉医療機構制度改正に伴う新規採用職員のみ加入<br><input type="checkbox"/> ②既存の職員も含め該当職員すべて加入            |                |   |
| 対象職員数 | 新規加入人数 : 名         | 既存の職員人数 : 名   | 合計人数 : 名       |   |

※既存の職員とは既に本会現行制度に参加している被共済職員となります。

|                      |        |                  |
|----------------------|--------|------------------|
| ●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) 既に本会の現行制度に参加している共済契約者においては、加入をする対象職員の範囲について該当項目に○印を付けてください。

注 2) 添付書類

- ①事業許認可書 (設置認可の証明書等) (写) ②第二種共済制度加入者届 ③被共済職員新規加入届 (新規採用者がいる場合)
- ④被共済職員に関する異動・訂正届 (同一法人内で施設間異動者がいる場合) ⑤共済契約者間継続職員異動届 (該当者がいる場合)