

※本書は原本1通を作成し県社協へ提出してください。  
※なお、共済契約者控えとしてコピーをお取りください。

# 共済契約者間継続職員異動届

様式第12号

県社協受付印

令和 年 月 日

山梨県社会福祉協議会長 殿

次のとおり被共済職員が継続職員として異動したので連名で届け出ます。

| 事務担当者氏名 | 事務担当者連絡先 |
|---------|----------|
|         |          |

|        |
|--------|
| 県社協受付印 |
|--------|

(異動前の共済契約者記入欄)

| 被共済職員氏名   | (フリガナ)                     |                         |         | 生年月日           |   |   | 掛金累計額<br>(注4) |                |   | 掛金中断記録 |   |          |   |    |   |
|-----------|----------------------------|-------------------------|---------|----------------|---|---|---------------|----------------|---|--------|---|----------|---|----|---|
|           | S                          | 年                       | 月       | 日              | 百 | 千 | 円             | 平成<br>令和       | 年 | 月分     | ～ | 平成<br>令和 | 年 | 月分 |   |
|           | H                          |                         |         |                |   |   |               |                |   |        |   |          |   | ヶ月 |   |
| 異動前の共済契約者 | 共済契約者番号                    | 施設団体番号                  | 被共済職員番号 | 就職年月日          |   |   | 加入年月日         |                |   | ①退職年月日 |   |          |   |    |   |
|           |                            |                         |         | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日             | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月      | 日 | 令和       | 年 | 月  | 日 |
|           | 氏名又は名称<br>及び代表者<br>職氏名     | Ⓞ                       |         |                |   |   |               |                |   |        |   |          |   |    |   |
|           | 住所                         | 郵便番号 電話番号 (市外局) (局) (番) |         |                |   |   |               |                |   |        |   |          |   |    |   |
|           | 退職日まで勤務<br>していた施設<br>又は団体名 |                         |         |                |   |   |               |                |   |        |   |          |   |    |   |

(異動後の共済契約者記入欄)

| 異動後の共済契約者              | 共済契約者番号                 | 施設団体番号 | ② 採用年月日<br>異動日 |   |   | 職種<br>(注1) | 基準給与月額<br>(注2) |   |   | 掛金月額<br>(注3) |  |   |    |  |
|------------------------|-------------------------|--------|----------------|---|---|------------|----------------|---|---|--------------|--|---|----|--|
|                        |                         |        | 令和             | 年 | 月 | 日          |                | 百 | 千 | 円            |  | 千 | 円  |  |
| 氏名又は名称<br>及び代表者<br>職氏名 | Ⓞ                       |        |                |   |   |            |                |   |   |              |  |   |    |  |
| 住所                     | 郵便番号 電話番号 (市外局) (局) (番) |        |                |   |   |            |                |   |   |              |  |   |    |  |
| 勤務する施設<br>又は団体名        |                         |        |                |   |   |            |                |   |   |              |  |   | 種類 |  |

- 注1. 職種は、次の区分により「番号」を記入してください。  
施設長=01、ケアマネージャー・指導員・相談員=02、保育士=03、介護職員=04、医師=05、看護師=06、訓練指導員=07、栄養士=08、  
調理員=09、事務員=10、介助員=11、ホームヘルパー=12、福祉活動専門員=13、コーディネーター=14、その他=99
- 注2. 基準給与月額は、給料(本俸)月額及び給与の調整額(扶養手当・通勤手当・管理職手当及び調整手当等を除く)の合計額を記入してください。
- 注3. 掛金月額とは、基本給与月額の1,000分の20の額を記入してください(10円未満の端数切り捨て)。
- 注4. 本制度加入時から異動日における被共済職員掛金累計額です。

※ 本書は、継続異動前の共済契約者と継続異動後の共済契約者が両者で作成し、連名で県社協へ提出してください。  
(継続異動職員の取扱いは異動前の共済契約者の施設・団体を退職した日①と、異動後の共済契約者の施設・団体に採用された日②が継続していることが必要です。この間に空白の日がある場合は継続職員となりません。)