

※原本1部を県社協へご提出ください。  
 ※なお、共済契約者控えとしてコピーをお取りください。

# 被 共 済 職 員 加 入 届

(施設団体別に作成してください)

県社協受付印

山梨県社会福祉協議会長 殿

事務担当者氏名	事務担当者連絡先

次のとおり新たに被共済職員となったので届け出ます。

共済契約者番号	共済契約者	氏名又は名称及び代表者職氏名	住 所
①	①	①	〒 — (TEL — — )
施設・団体番号	施設・団体	名 称	事業の種類
①	①	①	〒 — (TEL — — )

NO	被共済職員番号	職員氏名	生 年 月 日			性別	職種 (注1)	就 職 年 月 日 (注2)			加 入 年 月 日			基 準 給 与 月 額 (注3)		掛 金 月 額 (注4)		福祉医療 機構への 加入	本人確認印 (注5)			
			S	年	月			日	H	年	月	日	R	年	月	日	千			円	千	円
1		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	
2		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	
3		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	
4		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	
5		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	
6		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	
7		漢字 (カナ)	S	年	月	日	男	H	年	月	日	R	年	月	日	千	円	千	円	有	無	①
			H				女	R									0		無		①	

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. 就職年月日は、経営者が採用した日を記入してください。

注3. 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4. 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5. 本制度について職員に説明いただき、職員が加入を承諾したことを証するため確認印を徴してください。