

(様式第 13 号)

被共済職員加入届

受付日付印

年 月 日

島根県社会福祉協議会長 様

次のとおり新たに被共済職員となった者があるので、届け出ます。

※4月1日付の加入の場合は、この届出ではなく「掛金納付対象職員届」で報告してください。

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			
		主たる事務所の所在地			
		郵便番号 -			
		事務担当者名		連絡先 (電話番号)	
施設番号	施設又は事業	名称		種類	

氏名	生年月日	性別	加入年月日	加入資格	加入時				被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日	前共済契約者名 合算申出・解除経験のある職員の場合に記入してください。		
					職 種 番 号 名 称	本俸月額		有・無		退職・解除 合算申出 年月日	前共済契約者 番 号	前 職 員 番 号
						俸給表の額	俸給の調整額					
	年 月 日	男・女	年 月 日	アイウ	千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				
	年 月 日	男・女	年 月 日	アイウ	千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				
	年 月 日	男・女	年 月 日	アイウ	千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				

【加入資格について】

- ア. 雇用期間に定めのない職員（いわゆる正規職員）《採用日から加入》
- イ. 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員（雇用期間に定めのない職員のうち正規職員以外の者を含む）で労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の2/3以上の者 《採用日から加入》
- ウ. 1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の2/3以上の者 《採用から1年を経過した日から加入》

【職種について】

- 01 施設長 02 指導員 03 保育士 04 介護職員 05 医師
- 06 看護師 07 訓練指導員 08 栄養士 09 調理員 10 事務員
- 11 介助員 12 ホームヘルパー 13 介護支援専門員 14 その他