

(様式第 14 号)

共済契約者間継続職員異動届

受付日付印

年 月 日

島根県社会福祉協議会長 様

次のとおり被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

被共済職員氏名	(フリガナ)			生 年 月 日			
				年 月 日			
異動後の共済契約者	共済契約者番号		施設番号	採用年月日		職 種	
				年 月 日		番 号	
	氏名又は名称				名 称		
	主たる事業所の所在地		郵便番号	-		異動後の本俸月額	
					俸給表の額		
					千 円		
					千 円		
事務担当者		連絡先 (電話番号)					
勤務する施設又は事業所		種 類					
異動前の共済契約者	共済契約者番号		職員番号		異動前の本俸月額		
					俸給表の額		俸給の調整額
	氏名又は名称				千 円		千 円
	主たる事業所の所在地		郵便番号	-		退職月の出勤日数	
					(月の末日での退職でない場合に記入)		日
					退職日	年 月 日	
事務担当者		連絡先 (電話番号)					
勤務する施設又は事業所							
退職月の直前の4月から退職までの期間							
業務に従事した日数が10日以下の月 該当する月がある場合はチェックしてください。			育児休業の申請				
<input type="checkbox"/> 4月	<input type="checkbox"/> 10月	被共済職員 とならない月 合計	1. 新規	出 産 日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 5月	<input type="checkbox"/> 11月		2. 変更	育児休業開始日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 6月	<input type="checkbox"/> 12月		3. 再取得	育児休業終了日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 7月	<input type="checkbox"/> 1月	月	1. 新規	出 産 日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 8月	<input type="checkbox"/> 2月		2. 変更	育児休業開始日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 9月	<input type="checkbox"/> 3月		3. 再取得	育児休業終了日	年 月 日		

本届出は、自己都合による転職の場合には使用できません。