

(様式第 15 号)

共済契約対象外施設等異動届

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

届出区分	1	共済契約対象外施設等へ異動しました。
	2	共済契約対象施設へ復帰しました。

↑ 該当する届出区分に○をしてください。

受付日付印

共済契約者番号		共済契約者	氏名又は名称			
			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)	
職員番号		被共済職員	(フリガナ)		生年月日	
			氏名		年 月 日	
施設番号		勤務していた施設又は事業				
		名称		種類		
施設番号		異動又は復帰した施設又は事業				
		名称		種類		

1. 共済契約対象外施設等へ異動の場合 (届出区分 1 に○を付けた場合に記載)

異動月の直前の4月から異動月までの期間		共済契約対象施設等		年 月 日	
業務に従事した日数が10日以下の月 (被共済職員期間とならない月) 該当月にチェックをしてください。		最終在籍年月日			
<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 3月		異動月の出勤日数		日	
		異動した月以前6ヶ月の本俸月額 (※「最終在籍日が月末でない月」及び「被共済職員期間とならない月」は除く。)			
育児休業の申請		年 月	俸給表の額		俸給の調整額
1 新規 2 変更 3 再取得	出産日	年 月 日	年 月	千 円	千 円
	育児休業	開始日	年 月 日	年 月	千 円
		終了日	年 月 日	年 月	千 円
1 新規 2 変更 3 再取得	出産日	年 月 日	年 月	千 円	千 円
	育児休業	開始日	年 月 日	年 月	千 円
		終了日	年 月 日	年 月	千 円

【添付資料】異動先の施設等が同一の共済契約者の経営であることが確認できる書類(「定款」(写)等)

2. 共済契約対象施設等へ復帰の場合 (届出区分 2 に○を付けた場合に記載)

共済契約対象外施設等 異動年月日	年 月 日	職種		復帰時の本俸月額	
		番号	名称	俸給表の額	俸給の調整額
共済契約対象施設等 復帰年月日	年 月 日			千 円	千 円

※4月1日付で復帰の場合は、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。