

折曲厳禁

民間共済加入通知書

年 月 日

社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会長 殿

貴会の共済規程を承諾のうえ、下記職員の加入を通知します。

施設・団体名	法人番号	法人名
	<input type="text"/>	施設・団体名
	事業所番号	理事長・代表者名
	<input type="text"/>	郵便番号
	住所	
	電話番号	

【加入者】

フリガナ	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	職種コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年 月日	3 昭和 4 平成 5 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	採用 年月日	4 平成 5 令和	<input type="text"/>
		年	月	日		年 月 日

加入 年月日	4 平成 5 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	月	01	日	標準給与 月額	<input type="text"/>	本俸 月額	<input type="text"/>
-----------	--------------	----------------------	----------------------	---	---	----	---	------------	----------------------	----------	----------------------

フリガナ	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	職種コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年 月日	3 昭和 4 平成 5 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	採用 年月日	4 平成 5 令和	<input type="text"/>
		年	月	日		年 月 日

加入 年月日	4 平成 5 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	月	01	日	標準給与 月額	<input type="text"/>	本俸 月額	<input type="text"/>
-----------	--------------	----------------------	----------------------	---	---	----	---	------------	----------------------	----------	----------------------

フリガナ	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	職種コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年 月日	3 昭和 4 平成 5 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	採用 年月日	4 平成 5 令和	<input type="text"/>
		年	月	日		年 月 日

加入 年月日	4 平成 5 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	月	01	日	標準給与 月額	<input type="text"/>	本俸 月額	<input type="text"/>
-----------	--------------	----------------------	----------------------	---	---	----	---	------------	----------------------	----------	----------------------

上記のとおり相違ないことを証明しますので、加入承認方よろしくお願ひします。

注意事項

- 1 にはボールペンで記入してください。
- 2 性別の には該当する所にレ印を記入してください。
- 3 加入年月日は民間共済掛金の納入を開始した月の1日付けで記入してください。
- 4 標準給与月額とは別表1を参照のうえ、金額をご記入ください。
- 5 職種は次のコードより記入してください。
- 6 本俸月額は本俸のみを記入、他の手当は含まないでください。

職種コード

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