

(6) 配置換えにより対象外施設への職員の異動(同法人内の異動)

共済契約対象(外)施設等異動届(様式第6号)を提出する。

この手続きにより、加入期間を継続することができます。なお、対象外施設に勤務している期間は加算されません。

負担金の納付はありませんが、職員の在籍(退職給付引当資産)は異動前施設となります。

(様式第6号)

共済契約対象(外)施設等異動届

平成〇〇年 / 月28日

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会長 様

次のとおり被共済職員が

異動区分	① 共済契約対象外施設等へ異動したので
	② 共済契約対象施設等へ復帰したので

↑
該当する異動区分の番号に○をつけてください。

受付日付印

届け出ます。

法人番号	1 / 1 / 2	共済契約者	氏名又は名称	社会福祉法人 静岡会		印
			主たる事務所の所在地	郵便番号 420-8670 静岡市葵区駿府町1-70		
			事務担当者氏名	清水 花子	連絡先	電話 054-254-5423
職員番号	00022	被共済職員氏名	(フリガナ) アイ ハナコ	生	年	月 日
			葵 花子	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	50	8月 19日
施設番号	03	勤務していた施設又は事業	名称	特別養護老人ホーム 金時	種類	特別養護老人ホーム
施設番号		異動又は復帰した施設又は事業(※異動の場合「定款」を添付すること)	名称	有料老人ホーム 福祉	種類	有料老人ホーム

1. 共済契約対象外施設等異動の場合(異動区分「1」に○をつけた場合に記載してください。)

共済契約対象施設等 最終在籍年月日	平成〇〇年 12月 31日
----------------------	---------------

〈添付書類〉異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設等であることが確認できる「定款」(写)を添付してください。

2. 共済契約対象施設等復帰の場合(異動区分「2」に○をつけた場合に記載してください。)

共済契約対象施設等 異動年月日	年	月	日	
共済契約対象施設等 復帰年月日	年	月	日	職 種