

(11) 4月1日付職員の加入 (福祉医療機構に加入していない法人)

共済会の負担金納付対象職員届(様式第11号)又は、毎年4月上旬に送付している「負担金納付対象者一覧表」をコピーの上、変更及び新規加入者を記入して提出する。

平成 年度
負担金納付対象職員届 (様式第11号)

一般財団法人 静岡県社会福祉事業共済会長 様
平成 年4月1日現在在籍する負担金納付の対象となる被共済職員の状況は次のとおりです。

(被共済職員氏名変更届)
(被共済職員加入届(4月1日付加入の者))
(共済契約対象施設等復帰届(4月1日付復帰の者))

| | | | | | |
|------------------------------------|------|------------|----------|---------|------|
| 法人番号 | 施設番号 | 施設・事業廃止年月日 | 平成 年 月 日 | 法人住所 | 郵便番号 |
| | | | | | |
| 施設又は事業の名称 | | | | 種 類 | |
| 施設の住所 | | | | 郵便番号 | |
| 郵便番号 | | | | 事務担当者氏名 | |
| 区分番号 1 社会福祉施設等 2 特定介護保険施設等 3 申出施設等 | | | | 電話番号 | |
| 負担金納付対象職員合計数 人 | | | | FAX番号 | |

◎ 生年月日、性別、異動理由は、該当番号に○をつけてください。

| 職員番号 | 4月1日現在在籍者の氏名 (フリガナ) | 生 年 月 日 | | 性別 1 男 2 女 | 職 種 | 異 動 内 容 | | |
|------|------------------------|------------------|--------------|------------------|-----|--|------------------|-------------------|
| | | 1 明治 3 昭和 | 2 大正 4 平成 | | | 理 由 | 年 月 日 (事実発生日) | 異動先(元)の 施設名と番号 |
| | | 1 2 3 4 | 年 月 日 | 1 2 | | 1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減 | 年 月 日 | |
| | | 1 2 3 4 | 年 月 日 | 1 2 | | 1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減 | 年 月 日 | |
| | | 1 2 3 4 | 年 月 日 | 1 2 | | 1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減 | 年 月 日 | |
| | | 1 2 3 4 | 年 月 日 | 1 2 | | 1 加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減 | 年 月 日 | |

◎ 新しく「4月1日」に社会福祉施設等を開設した場合、特定介護保険施設等又は申出施設等を申し出る場合には、この負担金納付対象職員届ではなく、別途「施設等新設届・申出書」(様式第9号)により提出してください。負担金については、既存施設分とあわせて請求させていただきます。

拡大図

| 異 動 内 容 | | |
|---------------|------------------|-------------------|
| 理 由 | 年 月 日 (事実発生日) | 異動先(元)の 施設名と番号 |
| 1 加入 | 年 月 日 | |
| 2 退職 | | |
| 3 配置換増 | | |
| 4 配置換減 | | |
| 5 契約対象施設等復帰増 | | |
| 6 契約対象外施設等異動減 | | |
| 7 継続異動増 | | |
| 8 継続異動減 | | |
| 9 合算申出増 | | |
| 10 合算申出減 | | |