（様式第６号）

共済契約対象（外）施設等異動届

令和　　年　　月　　日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会会長　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

届け出ます。

↑
該当する上記、異動区分の番号に〇をつけてください。

法人番号	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　　－	
		事務担当者氏名	連絡先	電話　　－　　－

職員番号	被共済職員氏名	(フリガナ)	生年月日
			1　昭和 年　月　日 2　平成

施設番号	勤務していた施設又は事業		種類
	名称		
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）		種類
	名称		

1　共済契約対象外施設等異動の場合（上記、異動区分「１」に〇をつけた場合、下記に年月日を記載してください。）

共済契約対象施設等最終在籍年月日	年　月　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（上記、異動区分「２」に〇をつけた場合、下記に年月日等を記載してください。）

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	