（第９号様式）

共済会受付印

被 共 済 職 員 加 入 届

年　　月　　日

一般社団法人　北海道民間社会福祉事業職員共済会会長　様

新たに被共済職員となりますのでお届けします。

会員番号		会員名及び代表者名			公印
施設団体番号		施設・団体名			
被共済職員氏名	フリガナ		性別	生年月日	
	漢字		1 男 2 女	2－T 3－S 4－H	年　月　日

1．就職日

年号	3－S 4－H	年	月	日

2．雇用形態

1　正規職員
0　非正規職員（臨時職員、パート職員等）

3．共済会加入日

年　月　日

4.職員出資金加入

拠出する	拠出しない
本人印	本人印

（注）退職年金事業の職員出資金への拠出有無について、本人の意思を選択していただき、本人印をどちらか一方に必ず押印ください。

5．福祉医療機構加入日

年　月　日

未加入 □

（注）医療機構へ加入する場合は、別途医療機構用の加入届が必要です。

6．本俸月額

円

（注）格付けされた本俸＋特殊業務手当
日給は日額×21 日　時給は時給×勤務時間×21 日
その他の場合は法人の雇用契約に基づきます。

7．職 種

職種名		職種コード	

（注）事務の手引きのコード表参照

8．配偶者

1－有
0－無

9．第 2 退職年金制度加入

有 ・ 無

（注）第 2 退職年金制度に加入する場合は、「第 2 退職年金制度加入届（第 9 号の 2 様式）」も提出してください。

共済事務担当者・連絡先		
担当者名：	電話：　－　－	
	FAX：　－　－	

登録年月日