

# 被共済職員異動・訂正届 (1/2)

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

被共済職員の異動・訂正がありましたのでお届けします。

会員番号		会員名 及び 代表者名		印
施設団体 番号		施設・団体名		
被共済 職員番号		被共済 職員氏名	フリガナ	
			漢字	

## 被共済職員 基礎情報

1. 氏名 (変更後)

フリガナ	
漢字	

2. 配偶者

1 有
0 無

3. 性別

1 男	2 女
-----	-----

4. 生年月日

3 S									
4 H			年			月			日

5. 就職日

3 S									
4 H			年			月			日

6. 顕彰対象通算期間

			年			ヶ月
--	--	--	---	--	--	----

7. 雇用形態

1 - 正規
0 - 非正規

## 被共済職員 異動情報

8. 職種

職種名		職種コード	
-----	--	-------	--

9. 本俸月額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

円

10. 口数

--	--

口

(注1) 本俸月額と口数の訂正は当年度4月に登録された金額・口数の訂正となります。

11. 退職開始

			年			月			日
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

(注2) 退職を届出できる休業は以下の通り。  
育児休業 介護休業 業務上以外の傷病 等

12. 退職解除

			年			月			日
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

(注3) 退職を届出できない休業は以下の通り。  
産前産後休業 業務上の傷病

13. 第2出資金中断開始

			年			月
--	--	--	---	--	--	---

14. 第2出資金中断解除

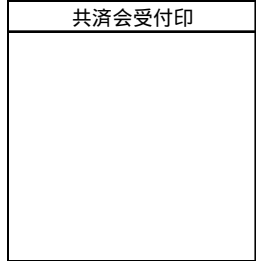
			年			月
--	--	--	---	--	--	---

共済事務ご担当者・連絡先	
担当者氏名:	TEL: FAX:

登録年月日
-------

# 被共済職員異動・訂正届 (2/2)

年 月 日



15. 施設団体内配置換え

会員番号		会員名及び代表者名		印
配置換え異動後施設団体番号		配置換え異動後施設・団体名		

職 員 番 号	被共済職員氏名	異動前 施設団体 番号	配置換年月日			本俸月額 (4月時のみ)		
			年	月	日	円		

(注4) 配置換年月日は異動後の施設団体に配属となった日を記入します。  
 (注5) 年度途中の配置換について、本俸月額の記入は必要ありません。  
 (注6) 配置換え以外の異動・訂正がない場合は、「被共済職員異動・訂正届 (1/2)」の提出は不要です。

共済事務ご担当者・連絡先	
担当者氏名：	TEL：
	FAX：

登録年月日