（第10号様式）

被 共 済 職 員 異 動 ・ 訂 正 届（1枚目・職員情報用）

記入日　　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

下記の被共済職員に関する異動・訂正がありますので、届け出します。

会員番号					会員名 及び 代表者名									法人代表印
施設番号			施設名											
被共済 職員番号									被共済 職員氏名	ｶﾅ 漢 字				

【**変更・訂正する項目のみ**記入してください】

1.職員氏名	ｶﾅ 漢 字	2.性別	□ 男　□ 女

3.生年月日 （西暦）	年　月　日	4.就職日 （西暦）	年　月　日

5.職種	職種名		職種 コード	

6.本俸月額 （※1）	円	→ ・対象年度		年度分
7.第2出資金 口数 （※1・2）	口	→ ・対象年度		年度分

※1.「6.本俸月額」と「7.第2出資金口数」は、最新登録内容の訂正のみ可能です。

※2.年度単位の口数登録変更は、「第2出資金口数変更届（第12号の2様式）」を提出してください。

8.休職 （西暦）	□ 開 始 □ 解 除	年　月　日
9.中断 （西暦） ※第2出資金用	□ 開 始 □ 解 除	年　月　日

＊ 休職扱いが可能
① 育児休業　② 介護休業　③ 業務上以外の傷病　他
＊ 休職扱いができない
① 産前産後休業　② 業務上の傷病

問合せ先	担当者	電話	FAX

＊ 共済会使用欄

	1.職	2.性	3.生	4.就	5.職	6.本	7.第2	8.休	9.中

登録年月日