

各種様式の記入例

<目次>	ページ
1. 入会申込書（第1号様式）	1～2
2. 預金口座振替依頼書	3
3. 会員施設変更届（第3号様式）	4
4. 一部施設等の新設届（第4号様式）	5
5. 一部施設の廃止等届（第6号様式）	6
6. 会員資格喪失届（第7号様式）	7
7. 退会届（第8号様式）	8
8. 被共済職員加入届（第9号様式）	9
9. 第2退職年金制度加入届（第9号の2様式）	10
10. 被共済職員異動・訂正届（第10号様式）	11～12
11. 被共済職員継続異動届（第11号様式）	13
12. 第2出資金口数変更届（第12号の2様式）	14
13. 脱退給付金請求書（兼脱退届）（様式第2号）	15
14. 被共済職員退職届（第13号様式）	16
15. 年金・一時金請求書（様式第1号）	17
16. 共済ライフサポート資金借入申込書（様式第1号）	18
17. 個人情報取扱同意書（申込書用）（様式第2号）	19
18. 給付金・助成金請求書（第15号様式）	20
19. 健康管理助成金請求書（第17号様式）	21
20. 検査実施証明書（第17号の2様式）	22

（第1号様式）

入 会 申 込 書

貴会の定款及び共済運営規程を確認の上、入会を申し込みます。

2018年 4月 1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

法人代表印を必ず押印
ください。

組織 <small>該当箇所に☑を 付けてください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 公益社団法人 <input type="checkbox"/> 公益財団法人 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 <input type="checkbox"/> 一般財団法人 <input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
名称	カナ ホッカイドウシャカイフクシジギョウカイ <hr/> 漢字 北海道社会福祉事業会		
代表者名	〇〇 〇〇	役 職	理事長
所在地	カナ サッポロシチュウオウクキタ2ジョウニシ7チョウメ 〒 060-0002 <hr/> 漢字 札幌市中央区北2条西7丁目		
法人認可日	1980年 11月 1日	電話	011- 251 - 3828
入会日	2018年 4月 1日	FAX	011- 251 - 3848



【記載・提出上の注意事項】

1. 申込対象は定款第5条1項に定める社会福祉施設を経営するもの及び事業を営む法人並びに任意団体です。
2. この申込書には、下記の書類を添付してください。
 ① 登記簿謄本（写） ② 法人定款（写） ③ 就業規則（写） ④ 給与規程（写）
3. 申込書類は、コピーして控えを保存してください。
4. 登録する施設・団体は次葉に記入してください。

添付書類が必要になります。

「入会日」は「法人認可日」より前に
することはできません。
※準備室段階での入会不可

共済事務担当者・連絡先	
担当者名：	電話： — —
	FAX： — —

事業所認可証等に記載された内容を記入してください。

※次葉

1	名称	カナ カデルホイクエン 漢字 かでる保育園
	施設・団体長名	〇〇 〇〇 施設種別 保育園
	所在地	カナ サッポロシチュウオウクキタ2ジョウニシ7チョウメ 〒 060-0002
		漢字 札幌市中央区北2条西7丁目
	事業認可日	2018年 4月 1日 電話 011 - 251 - 3828
	入会日	2018年 4月 1日 FAX 011 - 251 - 3848
	職員数	加入人数： 23 名 継続異動人数： 2 名 合計人数： 25 名
2	名称	カナ 漢字
	施設・団体長名	
	所在地	カナ 漢字 〒 -
	事業認可日	年 月 日 電話 - -
	入会日	年 月 日 FAX - -
	職員数	加入人数： 名 継続異動人数： 名 合計人数： 名
3	名称	カナ 漢字
	施設・団体長名	施設種別
	所在地	カナ 漢字 〒 -
	事業認可日	年 月 日 電話 - -
	入会日	年 月 日 FAX - -
	職員数	加入人数： 名 継続異動人数： 名 合計人数： 名

入会申込書提出時点で、共济会に加入する職員の人数を記載ください。加入者は「被共济職員加入届(第9号様式)」、継続異動者は「被共济職員継続異動届(第11号様式)」を併せて提出ください。

【注意事項】

1. 申込者が経営する施設・団体・事業名を記入してください。
2. 「施設種別」には許認可証記載の事業種別を記入してください。
3. この申込書には、下記の書類を添付してください。
 ①事業許認可証（写） ②加入届（※） ③継続異動届（※） ④預金口座振替依頼書
※②・③は職員の加入・異動が発生する場合
4. 入会時に登録する施設が3カ所以上ある場合は、この用紙をコピーしてお使いください。
5. 申込書類は、コピーして控えを保存してください。

金融機関に届出を行った「預金者名(肩書き以下含む)」「フリガナ」「印鑑(複写2枚目も)」を記入、捺印します。

金融機関用

年 月 日

預金口座振替依頼書
自動払込利用申込書(印)

取扱金融機関 御中

私は、下記の収納代行会社から請求された料金等を、私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うことといたしましたので、下記預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納代行 会社名	1	株式会社 HDC (HDC ワイドネット)
	2	三菱UFJファクター株式会社

(左づめで記入し、濁点、半濁点は1字分と扱って下さい。個人名義の場合、姓と名の間は1字空けて下さい。)

フリガナ	フク)ホツカイト"ウシャカイフクジシ"キ"ヨウカイリシ"チヨ
預金者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇〇〇
金融機関 お届け印	(印)

お手許の通帳により太枠内に正確にご記入ください。(強く書いてください。)

(法人の場合は、会社名、銀行お届けの肩書き、代表者名をご記入下さい。)

※ゆうちょ銀行以外の金融機関等ご利用の場合

金融機関 支店名	北海道	支店	道庁	預金種目	口座番号
コード	銀行番号	店番号	1.普通 2.当座	3456789	(数字のみ右づめでご記入下さい)

(印)

(ゆうちょ銀行を除く)

※ゆうちょ銀行ご利用の場合

種目コード	契約種コード	通帳記号	通帳番号
166301	0120	の	34567891
払込先 口座番号	02760-5-29141	払込先 加入者名	株式会社 HDC

いずれの欄に記入してください。

振替日 (払込日)	5日・10日・12日・20日 (27日)	開始年月	年 月
--------------	----------------------	------	-----

ゆうちょ銀行の場合、「通帳記号」「通帳番号」を記入します。

銀行を除く
に通知することなく、請求の上、お支払いください。手振はいたしません。範囲内の金額を含む)を

金融機関 使用欄	(不備返却事由) 1.預金取引なし 2.記載事項等相違 (店名、預金種目、口座番号、口座名義(備考))	3.印鑑相違 4.印鑑不鮮明 5.その他
-------------	--	----------------------------

検印
印鑑照合
受付印

(収納代行会社使用欄)

委託者番号	10116	10015	顧客番号	999901	区分
委託者名	(一社)北海道民間社会福祉事業職員共済会		料金等の種類	共済掛金	2.新規 3.変更
契約者	住所	フリガナ	氏名	会員番号(4桁)、施設番号(2桁)の計6桁を記入してください。	

(金融機関へお願い)

- この預金口座振替依頼書、自動払込利用申込書が上記収納代行会社から送付され、記載内容に不備がありましたら、不備返却事由に○印をつけて右記収納代行会社へご返送ください。
- この預金口座振替依頼書を預金者が直接貴行へ持参した場合は、預金口座振替届出書(2枚目)に確認印を押印のうえ、預金口座振替届出書以下を預金者にご返却ください。(ゆうちょ銀行を除く)
尚、収納代行会社名の指定がない場合は、道内に本店所在の金融機関及び青森銀行、みちのく銀行、北陸銀行は、1の株式会社HDC(HDCワイドネット)となります。それ以外の金融機関は、2の三菱UFJファクター株式会社となりますので、預金口座振替依頼書(金融機関用)受理時に収納代行会社名欄に○印をつけて収納して下さい。

[不備返却先]

〒060-0062
札幌市中央区南2条西2丁目 札専会館8階
株式会社 **HDC**
ワイドネットセンター
TEL (011) 210-8103
FAX (011) 210-8119

《他注意事項》

- *本用紙は当会からお送りします。必要な際はお知らせください。
- *代表者名(肩書き以下)のみの変更、金融機関都合による変更は、届出の必要はありません。

変更があった箇所のみ記入してください。

記入例—会員・施設変更届（第3号様式）

（第3号様式）

会 員 ・ 施 設 変 更 届

2019年 10月 1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

法人代表印を必ず押印
ください。

次のとおり登録内容を変更いたします。

会 員 番 号	9	9	9	9	
会 員	会 員 名 及 び 代 表 者 名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇			(印)
	会 員 所 在 地	札幌市中央区北2条西7丁目			

○ 会員（法人）関連 ○

1. 会 員 名 称	1 訂正 2 変更	カナ 漢字	
2. 代 表 者 名	1 訂正 2 変更	漢字	△△ △△ 役職
3. 電 話 ・ F A X	電話	()	FAX ()
4. 所 在 地	1 訂正 2 変更	〒 カナ 漢字	

○ 施設・事業所関連 ○

施設 番号	0	1	施設名	かでの保育園
----------	---	---	-----	--------

5. 業 種 ・ 種 別 名	1 訂正 2 変更	業 種	児童福祉関係	種 別	幼保連携型認定こども園
6. 施 設 名	1 訂正 2 変更	カナ 漢字			
7. 施 設 長 名	1 訂正 2 変更	漢字			
8. 電 話 ・ F A X	電話	()			
9. 所 在 地	1 訂正 2 変更	〒 カナ 漢字			
10. 送 付 先	施設番号		施設名		

業種種別が変更となる場合は、
許認可証等を添付してください。

共済会から送金を行う際使用する口座の変更です。
(給付・助成、貸付金等)
出資金等の引落口座変更は、別紙「預金口座振替依頼書」
が必要です。

11. 送金用金融機関	銀行等名		支店名		名 義 人 名 (カタカナ記入)	
	北海道		道庁		フク) ホッカイドウシャカイフクシ ジギョウカイ カデルニintaiコド モエン エンチャウ 〇〇〇〇	
	金融機関コード・店番号も必ず記入してください					
	コード	店番号	預金種目	口座番号		
	0116	×××	1 普通 2 当座	××××××××		

記入例—一部施設等の新設届（第4号様式）

（第4号様式）

一 部 施 設 等 の 新 設 届

2020 年 4 月 5 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

法人代表印を必ず押印
ください。

下記のとおり施設・団体（事業）を開始したので届け出します。

【会員情報】

会員番号	9	9	9	9	
会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 △△ △△				印
所在地	〒 060 - 0002 札幌市中央区北2条西7丁目				請求書等の発送先を指定します。 ①当該施設 ②法人内他施設 ③法人宛 いずれかとなります。

【新設施設情報】（※=共済会記入欄）

施設番号	※	※	請求書等 発送先施設	9	9	法人宛
施設・団体 （事業）名	カナ キタニジョウニンテイコドモエン 漢字 北2条認定こども園					
代表者名	△△ △△			施設種別	幼保連携型認定こども園	
所在地	カナ サッポロシチュウオウクキタ2ジョウニシ7チヨウメ 漢字 〒 060 - 0002 札幌市中央区北2条西7丁目					
事業認可日	2020年 4月 1日			電話	011 - 251 - 3828	
入会日	2020年 4月 1日			FAX	011 - 251 - 3848	
職員数	加入： 15名	配置換： 3名	継続異動： 0名	合計： 18名		

【注意事項】

1. 「施設種別」は許認可証に記載された内容を記入してください。
2. 「請求書等送付先施設」宛に月度の請求書・各通知等を発送しますので、希望送付先を記入してください。
・法人で受取り希望・・・「99」 ・当該新規施設で受取り希望・・・「コード未記入」
3. この申込書には、下記の書類を添付してください。
① 事業許認可証（写） 以下は当該施設独自で設けている場合…
②就業規則
③給与規程
4. 申込書類は、コピーして控えを保存してください。

「入会日」は「事業認可日」より前には
できません。※準備室段階での入会不可

添付書類が必要です。

新設届提出時点で共済会に加入する職員の人数を記載ください。
 なお、加入者は「被共済職員加入届（第9号様式）」、配置換え職員は「被共済職員異動・訂正届（2/2）（第10号様式）」を併せて提出ください。

（第6号様式）

一部施設の廃止等届

2021年 3月 1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

法人代表印を必ず押印
ください。

下記のとおり一部施設を廃止等したのでお届けします。

会員番号	9	9	9	9	
会員	会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇			(印)
	会員所在地	札幌市中央区北2条西7丁目			
廃止等の理由		指定管理契約の満了			← 廃止理由の詳細を記載 してください。

廃止等する施設・団体

施設番号	施設・団体(事業)名	廃止等の年月日	被共済職員数
05	地域包括支援センター北2条	2021年 2月 28日	3人
		年 月 日	人
		年 月 日	人

← 廃止受理書、申請書等に記載された
日付を記載してください。

← 職員が在籍している状態で廃止登録は
できません。記載された人数分の退職・
異動等の手続きを併せて行ってください。

【注意事項】

- 「廃止等の理由」は次の区分の例により記入して下さい。
 - 経営している施設、団体、事業を廃止したとき
 - 経営している施設、団体、事業を休止したとき
 - 加入している施設・団体区分を変更して統合するとき
- この届は経営している施設、団体、事業の一部を他の経営者に移管し、新しい経営者が被共済職員を継続加入させる場合においても届け出てください。この場合、被共済職員の退職届は出さず、被共済職員継続異動届（第11号様式）が必要になります。

《添付書類について》

①廃止受理書 ②休廃止の申請書 ③委託契約書 ④休廃止が明記された定款などの、
休廃止の時期等確認できる書類を添付してください。

（第7号様式）

会 員 資 格 喪 失 届

2021年 4月 20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

法人代表印を必ず押印
ください。

下記のとおり会員資格を喪失したのでお届けします。

会 員 番 号	9	9	9	9
届 出 者 (会 員)	会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇		
	会 員 所在地	札幌市中央区北2条西7丁目		
資 格 喪 失 の 理 由	法人合併により、当法人は解散することとなったため			

資格喪失理由の詳細
を記載してください。

職員が在籍している状態で廃止登録はでき
ません。記載された人数分の退職・継続異
動等の手続きを併せて行ってください。

資格喪失の施設・団体

施設・団体（事業）名	所 在 地	資 格 喪 失 の 年 月 日	被 共 済 職 員 数
特別養護老人ホーム北2条	札幌市中央区北2条西7丁目	2021年 3月 31日	40 人
介護老人保健施設北6条	札幌市中央区北6条西7丁目	2021年 3月 31日	38 人
		年 月 日	人

【注意事項】

- 「資格喪失の理由」は定款第10条により会員資格を喪失した理由を次の区分の例により記入して下さい。
 - ① 会員である法人または任意団体が解散したとき
 - ② 社会福祉施設または社会福祉を目的とする事業を経営しなくなったとき
- この届は経営者の変更により、新しい経営者が被共済職員を継続加入させる場合においても届け出てください。この場合、被共済職員の退職届は出さず、被共済職員継続異動届（第11号様式）が必要になります。
- 数施設を経営する会員が、その一部の施設について廃止または休止した場合は、一部施設の廃止等届（第6号様式）により届け出てください。

《添付書類について》
①法人登記簿謄本(写) ②移管契約書 などの、資格喪失の時期等確認できる書類を添付してください。

（第8号様式）

退 会 届

2018年 10月 1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

下記のとおり全ての被共済職員の同意を得たので退会します。

法人代表印を必ず押印
ください。

会 員 番 号	9	9	9	9	
届 出 者 (会 員)	会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇			印
	会 員 所在地	札幌市中央区北2条西7丁目			
施設・団体 (事業)名称	介護老人保健施設北6条				
退会 の 理 由	母体法人（医療法人）の退職金制度を利用することとなったため				

退 会 同 意 書

具体的に記載してください。

施設・団体名	被共済職員番号	被共済職員氏名	印
介護老人保健施設北6条	1111111	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	2222222	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	3333333	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	4444444	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	5555555	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	6666666	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	7777777	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	8888888	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	9999999	〇〇 〇〇	印
介護老人保健施設北6条	0000000	〇〇 〇〇	印

【注意事項】

1. 定款第8条による退会は共済運営規程第11条により被共済職員（全員）の同意を得なければならないので、同意書は全員の署名捺印を必要とします。
2. 退会の理由は、詳細に記入してください。
3. 退会日は、この退会届を受理した日となります。

退会時には登録されている被共済職員全員の同意を得る必要があります。
同意書欄には被共済職員による ①自筆の署名 ②本人印の捺印 が必要となります。

（第9号様式）

被 共 済 職 員 加 入 届

2018年 4月 3日

加入する施設に誤りがあった場合は、再提出をお願いします。

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

法人代表印を必ず押印ください。

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	9 9 9 9	会員名 及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 ○○ ○○						
施設団体 番号	0 1	施設・団体名	かでの保育園						
被共済 職員氏名	フリガナ	○○ ○○			性別	生年月日			
	漢字	○○ ○○			1 男 <input checked="" type="radio"/> 2 女	2-T <input checked="" type="radio"/> 3-S <input checked="" type="radio"/> 4-H	0 7	0 4	0 2

1. 就職日

年号	3 0	年	0 4	月	0 1	日
----	-----	---	-----	---	-----	---

2. 雇用形態

<input checked="" type="radio"/> 1- 正規職員	<input type="radio"/> 0- 非正規職員（臨時職員、パート職員等）
--	---

3. 共済会加入日

3 0	年	0 4	月	0 1	日
-----	---	-----	---	-----	---

拋出の有無は加入時のみ選択できます。
内容を説明いただき、どちらか一方に必ずご本人印の捺印をしてください。

4. 職員出資金加入

拋出する 	拋出しない 本人印
----------	--------------

(注) 退職年金事業の職員出資金への拋出有無について、
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

3 0	年	0 4	月	0 1	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

1 7	4 5	0 0	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 保育士	職 種 コード 0 3
----------------	----------------

(注) 事務の手引きのコード表参照

8. 配偶者

<input checked="" type="radio"/> 1- 有	<input type="radio"/> 0- 無
---------------------------------------	----------------------------

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

9. 第2退職年金制度加入

<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 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。

他法人からの異動者は、本届出ではなく、「継続異動」の手続きを行ってください。

この届出は第2退職年金制度に加入させる職員のみ記載してください。

（第9号の2様式）

第2退職年金制度加入届

2018年 4月 2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

下記の被共済職員を第2退職年金制度に加入させますのでお届けします。

法人代表印を必ず押印
ください。



会員番号	9	9	9	9	会員名 及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇	印
施設団体 番号	0	1	施設・団体名		かでの保育園		

職 員 番 号	被共済職員氏名		第2退職年金制度加入日				口 数	口	本体制度					
			平成	年	月	日								
	フリガナ 〇〇 〇〇	漢 字 〇〇 〇〇	平成	3	0	0	4	0	1	0	4	口	同月加入	<input checked="" type="checkbox"/>
2 2 2 2 2 2 2	フリガナ ▲▲ ▲▲	漢 字 ▲▲ ▲▲	平成	3	0	0	4	0	1	0	4	口	同月加入	<input type="checkbox"/>
	フリガナ	漢 字	平成									口	同月加入	<input type="checkbox"/>
	フリガナ	漢 字	平成									口	同月加入	<input type="checkbox"/>
	フリガナ	漢 字	平成									口	同月加入	<input type="checkbox"/>
	フリガナ	漢 字	平成									口	同月加入	<input type="checkbox"/>

既に被共済職員となっている職員分は職員番号を記載してください。
新規加入職員が第2制度にも加入する際は、職員番号は空白、「同月加入」の欄にチェックを入れてください。

【注意事項】

1. 新しく採用した職員を第2退職年金制度にも加入させる場合は、「被共済職員加入届（第9号様式）」が先（または同時）に必要となります。
2. 上記1に該当する職員は「同月加入 □」にチェックを入れてください。
3. 口数は1口から30口の範囲で記載してください。

（第10号様式）

被共済職員異動・訂正届（1/2）

2018年 9月 2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

被共済職員の変動・訂正がありましたのでお届けします。

法人代表印を必ず押印
ください。

会員番号	9	9	9	9	会員名 及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 ○○ ○○		印
施設団体 番号	0	1	施設・団体名		かでの保育園			
被共済 職員番号	1	1	1	1	1	1	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	×× ○○

結婚祝金の請求では
氏名変更はできません。
本届出が必要です。

2. 配偶者

1 - 有	3. 性別	1 - 男	2 - 女
0 - 無			

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. 休 職 開 始

3	0	年	0	8	月	2	1	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---

(注2) 休職を届出できる休業は以下の通り。
①育児休業 ②介護休業 ③業務上以外の傷病等

12. 休 職 解 除

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

(注3) 休職を届出できない休業は以下の通り。
①産前産後休業 ②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
--	--	---	--	--	---

休職開始、解除の届出は実際の日付(年月日)まで記載してください。
また、休職している理由によって届出の要否がありますので、注意してください。

（第10号様式）


被共済職員異動・訂正届（2/2）

2019年 4月 1日

異動後の施設を記載します。

法人代表印を必ず押印
ください。

15. 施設団体内配置換え

会員番号	9	9	9	9	会員名 及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 ○○ ○○	
配置換え 異動後 施設団体 番号	0	1	施設・団体名		かでの保育園		

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	角	分	銭		
1 1 1 1 1 1 1	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 8	3 2	0 0	円
2 2 2 2 2 2 2	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 6	2 0	0 0	円
3 3 3 3 3 3 3	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 8	3 2	0 0	円
4 4 4 4 4 4 4	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 5	3 6	0 0	円
5 5 5 5 5 5 5	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 9	3 0	0 0	円
6 6 6 6 6 6 6	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 2	3 0	0 0	円
7 7 7 7 7 7 7	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	2 3	8 0	0 0	円
8 8 8 8 8 8 8	○○ ○○	0 2 3 1	年	0 4	月	0 1	日	1 8	3 2	0 0	円
			年		月		日				円
			年		月		日				円
			年		月		日				円
			年		月		日				円

異動先施設へ配属となった年月日を記入します。

4月1日付の配置替え時のみ本俸月額も記載します。
年度途中の配置換えを届出する場合は、本俸記入は不要です。

（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）年度途中の配置換えについて、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。

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。

（第11号様式）

退職届（異動前会員）、加入届（異動後会員）の提出は不要です。

被 共 済 職 員 継 続 異 動 届

2018年 4月 5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

被共済職員が継続異動したので連名でお届けします。

双方合意のうえ、法人代表印を必ず押印ください。

被共済職員番号	9999999	被共済職員氏名	フリガナ	〇〇 〇〇
			漢字	〇〇 〇〇
性別	1 男 2 女	生年月日	2-T 3-S 4-H	60年05月18日

異動後の会員	会員番号	9999	会員名及び代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇	印		
	施設番号	01	施設・団体名	かでの保育園			
	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目					
	職種	保育士	雇用形態	1-正規 0-非正規		異動日	30年04月01日
	異動時本俸月額	223500円	第2退職年金制度の加入	継続		中断	継続する場合の口数
担当	異動前の会員で第2制度を利用している場合は、継続（口数のみ新規で設定）・中断を選択します。 両日付間が1ヶ月空いていないことを確認してください。						

異動前の会員	会員番号	8888	会員名及び代表者名	社会福祉法人 札幌子ども未来福祉会 理事長 〇〇 〇〇	印		
	施設番号	01	施設・団体名	ライラック保育園			
	所在地	札幌市手稲区手稲本町5条7丁目					
	職種	保育士	雇用形態	1-正規 0-非正規		退職日	30年03月31日
	退職時本俸月額	198000円	第2退職年金制度の加入	有・無		退職時口数	4口
担当者名	〇〇 〇〇				TEL : 011-251-0000 FAX : 011-251-1111		

【注意事項】

- 被共済職員であった者が退職した場合において、その者が退職金の支給を受けずに退職日から起算して1ヶ月以内に再び被共済職員となる時は、その者を採用する会員は、異動前に使用していた会員と連名で、この届書を提出してください。（会員の控えはコピーでお手元に残すようにして下さい。）
- 本届書を提出した時は、その被共済職員にかかる被共済職員加入届（第9号様式）または被共済職員退職届（第13号様式）は提出しないで下さい。
- 異動後会員で第2退職年金制度に加入する場合、第2退職年金制度加入届（第9号の2様式）を提出してください。

（第12号の2様式）

前年度と口数に変更がない場合は提出不要です。


第2出資金口数変更届

2019年 4月 2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

法人代表印を必ず押印ください。

下記の被共済職員の第2出資金口数を変更しますのでお届けします。

会員番号	9	9	9	9	会員名 及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 ○○○○	
施設団体 番号	0	1	施設・団体名		かでる保育園		

第2出資金口数変更日						
平成	3	1	0	4	0	1

職 員 番 号								被共済職員氏名		口 数	
1	1	1	1	1	1	1	1	○○	○○	5	口
2	2	2	2	2	2	2	2	○○	○○	5	口
3	3	3	3	3	3	3	3	○○	○○	5	口
4	4	4	4	4	4	4	4	○○	○○	5	口
5	5	5	5	5	5	5	5	○○	○○	5	口
6	6	6	6	6	6	6	6	○○	○○	5	口
											口
											口
											口
											口

【注意事項】

1. 口数の変更は年1回4月となります。年度途中の変更はできません。
2. 口数は1口から30口の範囲で記載してください。

共済会担当者・連絡先			
担当者名：	電話：	-	-
	FAX：	-	-

登録年月日

（様式第2号）

脱退給付金請求書（兼脱退届）

2018年 3月 25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

法人代表印、請求者ご本人印を必ず押印ください。

被共済職員が退職年金事業職員出資金部分を脱退したのでお届けします。
また、次のとおり脱退給付金を請求しますので、下記口座にお支払ください。

受付番号
※

会員番号	施設
9 9 9 9 0 1	
会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇
	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011 (251) 3828
	かでる認定こども園

印

被共済職員番号	脱退者氏名	性別	生年月日
2 2 2 2 2 2 2	フリガナ ■■ 〇〇 漢字 ■■ 〇〇 印	1 男 2 女	1 大正 年 月 月 2 昭和 5 9 0 9 2 3 3 平成
職員出資金加入年月日	職員出資金脱退年月日	当会からの借入金	
平成 1 8 0 4 0 1	平成 3 0 0 3 3 1	1 有 2 無 住宅・一般・特別	

振込先金融機関	北海道		銀行 信用組合 信用金庫・協同組合		道庁		本店 支店 支所		
	金融機関コード・店番号も必ず記入してください						口座名義		
	コード	店番号	預金種目	口座番号	フリガナ	■■ 〇〇			
	0 1 1 6 1 7 8		1 普通 2 当座	9 9 9 9 9 9 9	漢字	■■ 〇〇			

【注意事項】

1. 脱退後は職員出資金部分に再度加入することはできません。

2. この請求書は脱退しようとする月の末日までに提出してください。

3. 退職時は「被共済職員退職届（第13号様式）」と「年金・一時金請求書（様式第1号）」を提出してください。

脱退後の再加入、請求書提出期限について、請求者ご本人に説明してください。

（第13号様式）

被 共 済 職 員 退 職 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

被共済職員が退職したのでお届けします。

法人代表印を必ず押印
ください。

退職前に氏名変更があり、異動・訂正届
未提出の場合は、新姓、旧姓どちらも
記入してください。

受付番号
※

会員番号	施設	
999901		
会員	会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 〇〇 〇〇
	所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011 (251) 3828
	勤務していた 施設名	かでる認定こども園



被共済職員番号	退 職 者 氏 名	性 別	生 年 月 日
1111111	フリガナ ×× 〇〇 漢字 ×× 〇〇	1 男 2 女	1 大正 2 昭和 3 平成 5 5 0 3 2 1
退 職 理 由	退 職 年 月 日	旧姓（異動訂正届を提出していない場合記入）	
1 普通退職 2 普通退職以外 3 死亡退職	平成 3 0 0 3 3 1	フリガナ 〇〇 漢字 〇〇	

（退職理由について）

- 1 普通退職・・・ 定年・結婚・出産・育児・傷病・雇用期間満了・その他私事都合
- 2 普通退職以外・・・
 - ①業務上の負傷及び疾病によるもの
 - ②負傷及び疾病により厚生年金保険法に規定する障害等級3級までのもの
 - ③施設団体の休廃止・公営移管によるもの
 - ④勤務施設団体の移転により通勤が不可能になったことによるもの
 - ⑤入所定員減少により職員に過員が生じたことによるもの
 - ⑥その他（上記①～⑤に準ずるものとして共済会会長が認めたもの）
- 3 死亡退職・・・在職中の死亡による退職

①退職日は「社会保険の資格喪失日」「最終給与支払日」ではありません。
②死亡退職の場合、死亡診断書に記載される年月日となります。

（注） ※ 2.普通退職以外と 3.死亡退職の場合は、添付書類が必要となります。

※ 職員出資金部分加入期間が1ヶ月以上の拠出職員、または在会1年以上の非拠出職員については、退職金支給の対象となりますので、年金・一時金請求書（様式第1号）を併せて提出して下さい。

年金・一時金請求書 （様式第1号）	<input type="checkbox"/> 後日 提出予定 （ 年 月 頃）
	<input type="checkbox"/> 添付書類 作成中
	<input type="checkbox"/> 所在不明
	<input type="checkbox"/> 1年未満職員出資金拠出なし（提出なし）

年金・一時金請求書の提出が遅れる場合、通信欄の該当箇所にチェックしてください。
また、本届出を先行してお送りいただければ、出資金等の請求を止めることができます。

記入例一年金・一時金請求書（様式第1号）

（様式第1号）

年金・一時金請求書

2018年 4月 3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

次のとおり退職金を請求します。
下記の請求者・退職者（遺族）口座にお支払下さい。

法人代表印、退職者ご本人印（死亡退職時を除く）を必ず押印ください。

※共済会使用欄

受付番号

請求内容 該当部分を○で 囲んで下さい	1 退職年金	3 退職一時金
	2 遺族年金	4 遺族一時金
請求者 会員名及び 代表者名	社会福祉法人 北海道社会福祉事業会 理事長 ○ ○ ○ ○	
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011 (251) 3828	
		請求印 

退職者	会員番号	施設	退職時勤務していた施設名	生年月日
	999901		かでの認定こども園	1 大正 2 昭和 3 平成 5 5 0 3 2 1
	被共済職員番号	氏名	性別	旧姓
	11111111	フリガナ ×× ○○ 漢字 ×× ○○	1 男 2 女	フリガナ ○○ 漢字 ○○
	就職年月日	退職年月日	退職理由	当会からの借入金の有無
	2 昭和 3 平成 2 0 0 4 0 1	平成 3 0 0 3 3 1	1 普通退職 2 普通退職以外 3 死亡退職	1 有 2 無 住宅・一般・特別 ライフサポート

遺族（年金・一時金）が請求する場合のみ記入してください

遺族氏名	続柄
フリガナ	
漢字	個人印

死亡退職時はこちらに請求者となる遺族の記載と押印をいただきます。

源泉徴収票添付の同意について※
同意しない場合のみチェック →

※本会療機うこ
機構請求書への当会源泉徴収票添付処理について同意しない場合はひください。

振込先金融機関	北海道		道庁	
	銀行 信用組合 信用金庫・協同組合		支店 支所	
	金融機関コード・店番号も必ず記入してください			
	コード	店番号	預金種目	口座番号
0116178		1 普通 2 当座	11111111	
			フリガナ	△△ ○○
			漢字	△△ ○○

退職者住所（郵便物の必ず到着する住所）

(〒 006-0014)
札幌市手稲区稲積公園2条3丁目4-15

送金先は、①退職者本人口座、②会員施設口座、③遺族・後見人となる者の口座、から指定してください。

転居予定の場合、既に住所が決まっている場合は新住所を記入してください。
住所が未定の場合は、決定後郵便局で「転送届」の手続きを行ってください。

様式第1号

共 済 ラ イ フ サ ポ ー ト 資 金 借 入 申 込 書

平成 29 年 8 月 14 日

(ご記入日を記入ください)

必ず記入ください

事務局 使用 欄

受 付 年 月 日	
受 付 番 号	

申込者は、以下の事項に同意します。

- ・本申込に基づく個人情報の提供、登録、利用に関して、別紙の「個人情報取扱同意書(申込書用)」への同意。
- ・所属法人又は、所属法人が指名する所属施設・団团长又は施設・団团长が指名する事務担当者による申込
手続代行への同意。

【太枠内の項目を記入ください。裏面の記入は不要です。】

フリガナ	ヤマダ タロウ	性別	生 年 月 日	T E L		
氏名	山田 太郎	男	41-10-10	自宅 011-432-9876		
被共済 職員No.	1234567	女	(50 才)	携帯 090-4321-9871		
フリガナ	サッポロシチュウオウクキタ2ジョウニシ7チヨウメ マンションカデル207ゴウシツ					
自宅住所 (申込者)	〒 060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 マンションかでの 207号室					
所属法人 施設・団体	会員番号	1234		法人名	社会福祉法人あわせ福社会	
	施設番号	01		施設団体名	特別養護老人ホームふくふく苑	
職 業	<input checked="" type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト/派遣社員/契約社員 <input type="checkbox"/> 年金受給者			該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。(複数選択可)		
職 名	介護指導員	本 俸 月 額	200,000 円	前 年 年 収	3,000,000 円	
就職 年月日	S 01年1月1日 H	共 済 会 加 入 年 月 日	S 01年1月1日 H	共済会からの 現 在 借 入	有 ・ 無	借換の希望 (○印) する ・ しない
申 込 金 額	80 万円	現 在 借 入 金 の 総 額 (共済会以外)	住宅ローンは除く 20 万円	返 済 方 式 (○印)	月賦返済 ボーナス併用	支払回数 (○印) 12回 36回 60回 96回 120回
資金使途	(借入の目的を記入ください。) 通勤用自動車の購入					

	借 入 先	契 約 日	契 約 額	現 在 残 高
既往借入額内訳	あいうえお金融(株)	S 22年11月11日 H	400,000 円	200,000 円
		S 年 月 日 H		円
	◆ 分かる範囲で可能な限り正確にご記入ください。			
	◆ 事務ご担当者は、この項目は「ノーチェック」でOKです。			

申 込 代 行 者 (所属施設団体の事務担当者)	鈴木 次郎	電 話 番 号	011-123-4567
		フ ァ ッ ク ス 番 号	011-246-2680

個人情報取扱同意書（申込書用）

借入申込書に記入した日付を記入してください

必ずご記入してください

平成 29 年 8 月 10 日

貸 主			
登録番号	北海道知事(公)石第03054号	協会番号	第005756号
住 所	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目北海道立道民活動センター4階		
団体名・代表者	一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 殿		

「本会の個人情報保護宣言」は、
本会のホームページにより公表して
おります。
<http://www.kyousaikai-shiawase.jp/>

私は、貴会への借入申込（平成29年8月10日付け）に関し、貴会が取得する私の個人情報が下記の各条項のとおり取り扱われることについて、十分説明を受け、その内容を理解しました。

申込代行者は「借入申込書」に記載される借受人の個人情報を、借受人の申込代行業務以外の目的で使用しない事を約束します。

借入申込者：

（自 筆） 山田 太郎

印

申込代行者： 社会福祉法人あわせ福社会

（ゴム印可） 理事長 札幌 太郎

印

第1条 本会が個人情報機関に加入する場合、個人情報の当該機関への提供、登録、利用について（注）
本申込に係る個人情報の提供、登録、利用に関する同意内容は以下のとおりです。

1. 個人情報の利用

貸主は、貸主が加盟する信用情報機関（以下、「加盟先機関」という。）及び加盟先機関と提携する信用情報機関（以下、「提携先機関」という。）に申込者の個人情報が登録されている場合には、当該個人情報の提供を受け、返済又は支払能力を調査する目的のみに利用します。

2. 申込情報の信用情報機関への提供

貸主は、申込者に係る本申込に基づく個人情報（本人を特定する情報（氏名、生年月日、電話番号、運転免許証等の記号番号等及び所属法人等）、並びに申込日及び申込資金等の情報。以下「申込情報」という。）を加盟先機関に提供します。

3. 申込情報の登録

加盟先機関は、当該申込情報を照会日から6ヶ月以内登録します。

4. 申込情報の他会員への提供

加盟先機関は、当該申込情報を、加盟会員及び提携先機関の加盟会員に提供します。加盟先機関及び提携先機関の加盟会員は、当該申込情報を、返済又は支払能力を調査する目的のみに利用します。

5. 開示等の手続き

申込者は、加盟先機関に登録されている個人情報に係る開示請求又は当該個人情報に誤りがある場合の訂正、削除等の申立を、加盟先機関が定める手続き及び方法によって行うことができます。

6. 貸主が加盟する信用情報機関及び当該機関が提携する信用情報機関

貸主が加盟する信用情報機関及び当該機関が提携する信用情報機関の名称及び連絡先は以下の通りです。
（貸主が加盟する信用情報機関）

株式会社日本信用情報機構 TEL 0570-055-955 <http://www.jicc.co.jp/>

（貸主が加盟する信用情報機関が提携する信用情報機関）

全国銀行信用情報センター TEL 03-3214-5020 <http://www.zenginkyo.or.jp/pcic/>

株式会社シー・アイ・シー TEL 0120-810-414 <http://www.cic.co.jp/>

第2条 個人情報の利用目的について

貸主は、申込者の個人情報について次の利用目的の範囲内で適正に利用いたします。

1. 返済能力の調査のため。
2. 貸主と申込者との取引及び交渉経過その他の事実に関する記録保存のため。
3. 貸主と申込代行者との交渉経過その他の事実に関する記録保存のため。
4. 貸主における事業内容調査及び分析のため。

〔保存期間：完済日まで〕

第15号様式

請求する種別に☑を入れてください。

給付金・助成金請求書

請求する職員の所属施設団体名を記入ください。決定後その事業所宛に送金になります。

会員番号	5 5 5 5	施設番号	0 1	施設・団体名	特別養護老人ホームふくふく苑
請求種別 <small>※申請箇所に☑をつけてください。</small>	死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 血族一親等（実父・実母・実子）※カッコ内は該当するものを○で囲んでください。			
	祝金	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産（子の名前：） <small>※多胎児出産の場合1子ごとに請求が必要です。</small>		旧姓記入欄	※氏名変更した場合に記入 共 済
	災害見舞金	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 風水雪害 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 噴火 <input type="checkbox"/> 落雷			
	傷病見舞金 <small>※①と②を記入ください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病 ①傷病名：右手首の骨折 ②休業期間：29年6月26日～29年8月30日			
研修助成金	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭				

事由発生年月日	平成29年 7月 25日	被共済職員となった日	昭和 19年 4月 1日 平成
---------	--------------	------------	---------------------------

上記のとおり請求します。


平成29年 9月 10日

請求者の被共済職員番号および氏名を記入し、必ず個人の印鑑を押印してください。結婚等により氏名が変更した場合は新姓で記入・押印ください。（上記旧姓欄にも記入ください）

被共済職員番号

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

※右につめて記入してください

被共済職員氏名 **民間 花子** **民間**  Ⓜ
※氏名を変更した場合は新姓で記入・押印してください。


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

上記のとおり事実と相違ないことを認め証明します。

平成29年 9月 10日

所属法人名または所属施設団体名とその代表者名を記入し、忘れずに公印を押してください。

所属法人等 **社会福祉法人 しあわせ会**

代表者 **理事長 札幌 太郎**  Ⓜ

事務担当者名および連絡先電話番号	受 付 印
担当者氏名： 総務課 福利 太郎 電話番号 011(222)7777	
共済会使用欄	

※※事由発生日とは※※
請求する種別が発生した年月日になります。
★弔慰金：他界した日
★結婚・出産：入籍日または子の出生日
★傷病見舞金：休暇が始まった日の1か月後
★研修助成金：添付書類が発行・交付された日
※資格登録日や合格日ではありません。

※申請時の添付書類について
添付書類が必要な請求・・・災害見舞金、研修助成金
添付書類が不要な請求・・・死亡弔慰金、結婚祝金、出産祝金、傷病見舞金

記入例－健康管理助成金請求書（第17号様式）

第17号様式

受診日を記入してください。
検査項目不足などにより追加で別途受診した場合は、追加受診した受診日を記入してください。

請求する職員の所属施設
団体名を記入ください。
助成金は、その事業所宛
に送金になります。

請求者の被共済職員番号
および氏名を記入し、必ず
個人印を押印してください。

健康管理助成金請求書

会 員 番 号	5	5	5	5	施 設 番 号	0	1	施 設 団 体 名	特別養護老人ホームふくふく苑					
被共済職員番号 <small>※右詰めで記入してください</small>					受診者氏名			受診日	健診料	請求種別 ※1				
										A	B	C		
										5千円	1万円	2万円		
0	1	2	3	4	5	6	共済 花子	⊙	平成29年4月20日	12,843	円	○		
6	6	6	6	6	6	6	民間 次郎	⊙	平成29年4月21日	21,000	円		○	
8	8	8	8	8	8	8	福利 厚子	⊙	平成29年4月22日	31,500	円			○
								⊙	年 月 日					
								⊙	年 月 日					
								⊙	年 月 日					
								⊙	年 月 日					
								⊙	年 月 日					
下記の検査項目を受診したので、検査実施証明書（第17号の2様式）※2を添付の上請求します。 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														
<必須検査項目> ①問診・触診・身体計測 ②視力・聴力測定 ③血圧測定 ④尿検査 ⑤便潜血反応検査 ⑥血液一般検査 ⑦血糖検査 ⑧尿酸検査 ⑨血液脂質検査 ⑩肝機能検査 ⑪胸部レントゲン検査 ⑫胃部レントゲン（または胃内視鏡、ペプシノゲン）検査 ⑬心電図検査 ⑭血液学的検査 ⑮生化学的検査 ⑯腹部超音波検査 ⑰肺機能検査 <任意検査項目> ⑱眼底検査（希望者） ⑲婦人科検査（女性希望者） ⑳前立腺検査（男性希望者）														
上記のとおり事実相違ないことを認め証明します。 平成29年 5月 1日														
所属法人等 社会福祉法人 しあわせ会 代表者 理事長 札幌 悦太郎 (施設長)														
所属法人名または所属施設団体名とその代表者名を記入し、忘れずに公印を押してください。														
担当者氏名： 共済 花子										受付印				
電話番号 011 (111) 1111														
共済会使用欄														

検査項目は必須検査項目と任意検査項目に分れています。必須検査項目を全て受診していないと助成の対象となりませんのでご注意ください。

健診料に応じて、請求種別に○を記入してください。

※健診料(税込)に応じて助成額が3段階に区分されます。
 A(10,000円以上 20,000円未満)、B(20,000円以上 30,000円未満)、C(30,000円以上)

第17号の2様式

検査実施証明書

健診実施医療機関名の記入および押印が必要となります。

<医療機関記入欄>

必須検査項目(1~17)を全て受診している方が助成対象となります。

平成29年 4月 20日

(検査実施医療機関名および代表者名)

大通病院 健診センター
院長 福祉太郎



当機関では、次に掲げる検査を実施したことを証明します。

受診者氏名	共済 花子		受診日	平成29年 4月 20日	
検査番号	検査項目	実施の有無 ○をつけてください	検査番号	検査項目	実施の有無 ○をつけてください
1	問診・触診・身体計測	○	11	胸部レントゲン検査	○
2	視力・聴力測定	○	12	胃部レントゲン (又は胃内視鏡、ペプシノゲン) 検査	○
3	血圧測定	○	13	心電図検査	○
4	尿検査	○	14	血液学的検査	○
5	便潜血反応検査	○	15	生化学検査	○
6	血液一般検査	○	16	腹部超音波検査	○
7	血糖検査	○	17	肺機能検査	○
8	尿酸検査	○	18	眼底検査 (希望者)	
9	血液脂質検査	○	19	婦人科検査 (女性希望者)	
10	肝機能検査	○	20	前立腺検査 (男性希望者)	

必須検査項目に加えて、任意検査項目を受診した場合には、健診料を合算することができます。助成対象となる健診料は記載のある検査項目に対しての金額となり、項目に記載のない検査等の金額は含むことができません。

健診料 (税込)

12,843 円

(1~17は必須検査項目となります。) 骨密度検査、骨粗しょう症検査など) を含むことはできません。検査があった場合は、未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となった理由を記入してください。

未受診項目記入欄		
検査番号	検査項目	未受診の理由
備考欄	<p>医師の判断により受診できない場合は、必須検査項目(1~17)に未受診項目があっても助成金の請求対象となる場合があります。その場合は未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となった理由の記入が必要です。※但し2項目を限度とします。</p>	

- ①(12)胃部レントゲン検査の実施が難しい場合は、胃内視鏡検査、ペプシノゲン検査(血液検査)を代わりに受診して下さい。
- ②当日体調不良により必須検査項目(1~17)の中で、受診できない項目があった場合は、その項目を追加受診してから請求してください。
- ③医師の判断により、必須検査項目(1~17)を受診できなかった場合は、2項目を限度として免除とします。
- ④集団で受診する場合には、受診者ごとの受診日、検査実施の有無と健診料が明記された医療機関発行の書類で本書の代用とすることができます。