

【例】

(2024.04)
様式 第6号- (1)

共済会受付日付印

加入申込書

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 様

申込日 2024年 04月 01日

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会業務運営規程を承諾のうえ、下記職員の加入を申し込みます。

施設・団体番号	0999
共済契約者又は施設等 所在地 名称 代表者名等 電話番号	岐阜市下奈良 2-2-1 特別養護老人ホーム 岐阜共済 施設長 共済太郎 TEL058-201-1592

必ず押印してください

施設長印

岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会について説明を受け、業務運営規程を

「職種」の欄には、事務処理の手引きのP. 14の「職種コード区分一覧表」により選択してください

【通常掛金の申込】

フリガナ 加入者氏名	加入者 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	雇用区分	標準給与 月額(円)
キョウサイ ハナコ 共済 花子	本人印	20000101	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	20240401	04 介護職員	正規	180,000

「加入年月日」は掛金を納付する最初の月を入力してください

「標準給与月額」は「事務処理の手引き」や「共済会のしおり」の解説を参照し、入力してください

必ず押印してください

【2倍掛金の申込】 独立行政法人福祉医療機構又は中小企業退職金共済事業に加入していません。

フリガナ 加入者氏名	加入者 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	雇用区分	標準給与 月額(円)
ギフ ハルコ 岐阜 春子	本人印	20010202	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	20240405	10 事務員	正規	180,000

【1/2掛金の申込】 非正規職員もしくは加入月の月末時点で55歳以上である正規職員です。

フリガナ 加入者氏名	加入者 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	雇用区分	標準給与 月額(円)
ミノ タカコ 美濃 高子	本人印	20020303	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	20240410	14 その他職員	非正規	180,000

【注意事項】

- この用紙を共済会へ提出してください。
- 掛金納付開始月は、会員となった日の属する月からとなります。
- 独立行政法人福祉医療機構又は中小企業退職金共済事業に加入している職員は、2倍掛金に加入できません。
- 1/2掛金加入条件は、2024年4月1日以降の加入で、非正規職員もしくは加入月の月末時点で55歳以上である正規職員。
- 1/2掛金に加入する際は、共済会が非正規職員を確認するための雇用契約書等を提出してください。
- 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。

<個人情報の取扱いに関する注意事項>

申請者にかかわる個人情報は、申請事項業務及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。