

# 共済会新規加入申込書

共済会受付印

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長様

次のとおり共済会への新規加入を申し込みます。

共済契約者	住所 (所在地)	
	法人名	
	代表者名	印
	電話番号	— —

法人番号	事業所番号	事業所名	医療機構	加入未加入					
フリガナ	生年月日	加入年月日	職種 (欄外参照)		申込日における				
氏名	昭和 平成		性別	名称	番号	給与月額			
	年 月 日	年 月 日						千	円
	昭平	男女							
	昭平	男女							
	昭平	男女							
	昭平	男女							

- 1、職種番号 1=施設長 2=指導員 3=保育士 4=介護職員 5=医師 6=看護師 7=訓練指導員  
8=栄養士 9=調理員 10=事務員 11=介助員 12=ホームヘルパー 13=介護支援専門員  
14=その他 (具体的に記入してください) 《詳しくは共済会職種番号表をご覧ください》

- 2、正規職員及び、1年以上の雇用期間を定めて使用する職員で、正規職員の所定労働時間の3分の2以上の方を記入してください。  
3、1年未満の雇用期間で使用する職員はその期間の更新により引き続き1年を経過し、正規職員の所定労働時間の3分の2以上の方を記入してください。  
4、「申込日における給与月額」欄は、職員が受ける本俸及び本俸の調整額 (特殊業務手当) の合計を記入してください。  
5、新設事業所の場合は、設立していることが証明される書類を添付してください。

\*お知らせいただいた個人情報は、その利用目的の範囲でのみ利用します。