

(約款様式第6号)

被共済職員加入届

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり新たに被共済職員となった者があるので届け出ます。

機構受付日付印

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。

共済契約者番号	共済契約者	氏名又は名称及び代表者職氏名				
		⑨				
		主たる事務所の所在地及び電話番号				
		郵便番号	-			
施設番号	施設又は事業	事務担当者氏名	事務担当者連絡先	電話	-	-
		名	称	種	類	

掛金納対象職員届で確認してください。

氏名	1明治 2大正 3昭和 4平成	生年月日	性別 1男 2女	加入年月日	加入資格 (注1) アイウ	加入時				被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日 (注4) 305	前共済契約者名 (合算申出あるいは解除経験のある職員の加入の場合に記入してください。)				
						職種 (注2)		本俸月額 (注3)			前共済契約者番号	前職員番号			
						名称	番号	俸給表の額	<別掲> 俸給の調整額			306	311	312	316
	1 2 3 4	年 月 日	1 2	年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				
	1 2 3 4	年 月 日	1 2	年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				
	1 2 3 4	年 月 日	1 2	年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				
	1 2 3 4	年 月 日	1 2	年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				
	1 2 3 4	年 月 日	1 2	年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年月日				

※注1～4は、被共済職員加入届の「記載上の留意点等」に記載してあります。

※4月1付の加入の場合はこの届書ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。

カードNo.
1 2
6 4