*記入例と留意事項《施設異動》

共済様式第５号の２

被共済職員異動・訂正届

受　付　印	入　力　印

（記入日）令和　6　年　1　月　5　日

一般社団法人宮城県民間社会福祉振興会理事長　様

下記被共済職員に関して次のとおり異動、訂正がありましたのでお届けいたします。

共済契約者番号	2 0 0	共済契約者名称及び代表者名	社会福祉法人振興福祉会 理事長　仙台　太郎		公　印 印
共済契約者所在地	〒（ 980 － 0014 ） 宮城県仙台市青葉区 TEL：022-227-5535				

被共済職員番号は掛金請求明細書等をご確認いただき間違いが無いようご記入願います。

被共済職員番号（7桁）	2 0 0 0 5 5 5	（フリガナ）被共済職員名	ﾜｶﾊﾞ ﾔｼ　ﾊﾙｵ 若林　春男

異動・訂正年月日	令和　6　年　1　月　1　日	
項　目	異動・訂正前の事項	異動・訂正後の事項
☐ 氏名変更 ☐ 氏名訂正	（ｶﾅ）	（ｶﾅ）
☐ 職種変更 ☐ 職種訂正		
☑勤務施設異動 ☐勤務施設訂正	あおぞら保育園 施設番号（3桁）0 0 2	振興デイサービスセンター 施設番号（3桁）0 0 5
☐ その他（　　）		

辞令に記載された人事異動年月日をご記入下さい。

施設番号を必ずご記入下さい。

第二種共済制度加入状況【今回の異動で下記①～③に該当する場合には○印を付けご記入下さい。】

○	①今回の施設異動により第二種制度へ新規加入	加入年月日（異動日と同日）	令和　6年　1月　1日
	②適用外施設（第二種制度未加入施設）へ異動	異動年月日（異動日と同日）	令和　年　月　日
	③適用施設（第二種制度加入施設）へ復帰	復帰年月日（異動日と同日）	令和　年　月　日

第二種共済制度について、①～③のうち該当する項目がある場合は該当する項目に○印を付け、異動年月日と同日の年月日をご記入下さい。

異動・訂正の理由			
人事異動のため			
●連絡先電話・FAX番号および担当者名		ＴＥＬ番号	022（ 227 ）5535
担当者名	太白　花子	ＦＡＸ番号	022（ 227 ）5151

注１）該当項目に☑を付け下さい。

注２）届出した事項に誤りがあり訂正する場合は、「異動・訂正年月日」は前回届出書類に記入した年月日をご記入ください。