## ＊記入例と留意事項

※「第二種退職共済加入者届」（共済用ｈ式第 17 号の 2）と併せて提出願います。

共済様式第 17 号

| 受付印 | 入力印 |
|---|---|
| | |

# 第 二 種 退 職 共 済 契 約 申 込 書

（記入日）令和　7　年　2　月　5　日

下記のとおり関係書類を添えて申込みます。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>理事長　仙台　太郎 | 公　印 | 印 |
| 共済契約者所在地 | 〒（ 980 － 0014 ）<br>宮城県仙台市青葉区本町 2-9-8<br>TEL：022-227-5535 | | | | |

既に本会現行制度に加入している施設の場合には、必ず施設番号をご記入ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 施設番号 | 1 0 0 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>施設名 | ホシゾラサギョウショ<br>星空作業所 | |
| | 所在地 | 〒555-6666<br>気仙沼市○○町▲▲1-2-3<br>TEL：0226-11-2222 | | | |
| | 加入日（契約日） | 令和　7　年　2　月　1　日 | 施設種類 | 就労支援Ｂ型 | |
| | 加入職員の範囲 | ☑ ①福祉医療機構制度改正に伴う新規採用職員のみ加入<br>☐ ②既存の職員も含め該当職員すべて加入 | | | |
| | 対象職員数 | 新規加入（採用）人数：3 名 | 既存の職員人数：　0　名 | 合計人数：　3　名 | |
| 2 | 施設番号 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>施設名称 | | |
| | 所在地 | 〒<br>TEL： | | FAX： | |
| | 加入日（契約日） | 令和　年　月　日 | 施設種類 | | |
| | 加入職員の範囲 | ☐ ①福祉医療機構制度改正に伴う新規採用職員のみ加入<br>☐ ②既存の職員も含め該当職員すべて加入 | | | |
| | 対象職員数 | 新規加入人数：　名 | 既存の職員人数：　名 | 合計人数：　名 | |

４月１日加入（契約）日の場合のみ、現況報告書と併せてご提出願いただくことになります。
［年度途中での加入（契約）も可能です。］

既存の施設（現行制度に既に加入している施設）については、「加入職員の範囲」についてどちらかに☑をしてください。

※既存の職員とは既に本会現行制度に加入をしている共済職員をいいます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ●連絡先電話・FAX 番号および担当者名 | | ＴＥＬ | |
| 担 当 者 名 | 太白　花子 | ＦＡＸ番号 | 022　（　227　）　5151 |

下記記載の必要書類を必ず添付願いま

注１）既に本会の現行制度に加入している共済契約者においては、加入をする対象職員の範囲について該当項目に○印を付けてください。
注２）添付書類①事業許認可書（設置認可の証明書等）（写）　②第二種共済制度加入者届　③被共済職員新規加入届（新規採用者がいる場合）
④被共済職員に関する異動・訂正届（同一法人内で施設間異動者がいる場合）⑤共済契約者間継続職員異動届（該当者がいる場合）