

退職共済届書類について

<届出様式について>

- 神奈川県福利協会のホームページの退職共済届出様式ページより様式をダウンロードしご使用ください。

<記入・押印について>

- 消せるボールペン・修正ペン・修正テープ等は使用しないでください。
- 必要箇所に必ず押印してください。

ご注意

印漏れやご記入漏れ、不備等がありますと、照会、確認、再提出等に時間を要します。また共済掛金の相違、給付金支給の手続きが遅れることとなります。

<提出について>

- 事実発生日以降に提出してください。

○各届出様式は届出期限内にご提出ください。共済掛金の相違や給付金支給が遅延する原因となります。

※1 提出期限を越える場合は、FAXいただければ仮登録いたしますのでご連絡ください。

FAX送信後、原本提出の際、余白に「FAX送信済」と記入のうえご提出してください。

- 提出の際は、強く折り曲げないで提出してください。クリアファイル等での提出は不要です。

※2 各様式はOCR(自動読み取り装置)で読み込みをいたします。

ようこそ！
神奈川県福利協会へ！
最終更新日：2023年1月20日

退職共済関係の通知書・申請書は期限内にご提出ください！
(届出期限の例：加入は事実発生日から10日以内、退職は事実発生日から20日以内)

お知らせ

- 令和4年度事務研修会の休止のお知らせ
(2023年1月分共済掛金請求書と一緒に発送・掲載期限：2023年2月28日)
- 2022年度標準給与月額算定基礎届の提出はお済ですか
(掲載期限：2022年9月30日)
今年の提出・返信期限は8月10日(水)です。
未提出・未送信の場合は至急提出・送信してください。
- 2023年度標準給与月額算定基礎届の提出について

888888

事務手続きの手引き
(令和4年度)

福利協会について
(法人ディスクロージャー)

退職共済事業

福利厚生事業

研修事業

損害保険
代理店事業

福利厚生センター事業
(SOWEL CULB)

リンク

退職共済届出様式

施設・団体が共済契約の申し込みをするとき

【契約できる施設・団体】

神奈川県下（横浜市所管を除く。）民間社会福祉施設・団体を経営する非営利の法人又は個人

- 提出が必要な書類 ・ 共済制度加盟申込書・共済契約申込書（様式1号）
 ・ 新規加入通知書等加入者に関する届出書類

様式1号

記入例

共済制度加盟申込書・共済契約申込書

公益財団法人神奈川県福利協会理事長 殿

貴会の退職共済規程を承諾のうえ申込をいたします。

2023年 2月 1日

申込者 (事業主)	法人名	ふりがな しやかいふくしほうじん ふくりきょうかい 社会福祉法人 福利協会	印
	役職名及び 代表者名	ふりがな りじちよう ふくり たろう 理事長 福利 太郎	
	所在地	郵便番号 <input type="text" value="2310031"/> 横浜市中央区万代町 1-2-4	
	法人認可年月日	2022年12月1日	

施設・ 団体	施設（事業所） 及び団体名	ふりがな ふくりほいくえん 福利保育園	印
	所在地 Tel./fax	郵便番号 <input type="text" value="2310031"/> ふりがな よこはまし なかく ぼんだいちよう 横浜市中央区万代町 1-2-4 (TEL) 045-263-6017 (FAX) 045-263-6027	
	代表者職名及び 施設長名	ふりがな えんちよう ふくり じろう 園長 福利 次郎	
	業 種	保育所 (01)	
	業 務 内 容	保 育 定員数 90 名	
	職 員 数	30名 (当初加入予定者20名)	
	事業所認可年月日	2023年1月1日	
	加盟希望年月日	2023年4月1日	

記載注意 業種は、保育所(01)、児童福祉施設(02)、老人福祉施設(03)、身体障害者更生援護施設(04)、知的障害者援護施設(05)、宿泊・婦人保護施設(06)、医療福祉施設(07)、団体その他(08)により記入してください。
 ◎常勤職員については原則として全員加入となります。

※福利協会使用欄

常務理事	事務局長	事務局次長	事務局	主任

施設・団体の住所地、名称、共済契約者等の変更があったとき

様式 12 号

共済契約変更届

公益財団法人神奈川県福利協会理事長 殿

年 月 日

事業所番号				
-------	--	--	--	--

(共済契約者等)

施設等名

代表者名

変更後の事項のみをご記入ください。

【変更年月日 年 月 日】

法人の名称	
法人の代表者	
法人の住所、電話・FAX 番号	(住所)〒
	(電話)
	(FAX)
施設団体・事業所の名称	
施設団体・事業所の代表者	
施設団体・事業所の 住所、電話・FAX 番号	(住所)〒
	(電話)
	(FAX)

福利協会使用欄

事務局長	事務局	主任

職員が新たに加入するとき



も併せてご覧ください。

【加入できる者】

福利協会と契約した施設・団体に勤務する有給の職員で、就業規則、労働契約等により、本体退職金制度の受益者とされた方が加入できます。

ただし、退職共済規程により**65才を超える方は加入できません。**

○提出が必要な書類（事業主・施設長（共済契約者等）経由）

・新規加入通知書（様式2号）

※事業主とは、事業主・施設長（共済契約者等）をいう。

様式2号
折曲厳禁

新規加入通知書

※作成にあたっての注意をお読みください。

作成年月日 年 月 日

神奈川県福利協会理事長 殿

見程を承諾の上、次の職員の加入を申請します。

(共済契約者等)
事業所番号 (右づめでご記入ください。)

施設等名 福利保育園

代表者名 園長 福利 次郎

電話番号 045-263-6017

加入年月日 (西暦) 年 月 日

忘れずに押印してください。

【加入者】**ダ**のように濁点・半濁点は同じマス内に記入してください。

フリガナ

フリガナ

加入者本人印

姓

名 (漢字)

入者番号 (右づめでご記入ください。←事業所番号→)

性別 (☑を付してください。) 男 女

職種

非常勤等 (☑を付してください。)

生年月日 (西暦) 年 月 日

※65歳を超える方は加入できません。

採用年月日 (西暦) 年 月 日

本給 + 月により変動のない手当 = 円

標準給与月額 円

*加入者氏名を上記に記入しきれない場合に続けてご記入ください。

職種番号

01施設長	02指導員	03保育士
04介護職員	05栄養士	06調理員
07看護師	08医師	09事務員
10訓練指導員	11介護支援専門員	12介助員
13ホームヘルパー	14その他	

重要
加入時の年齢により、掛金納付期間が短くなり退職金(一時金)が掛金相当額(事業主拠出分+加入者拠出分)を下回る場合がありますのでご注意ください。

【作成にあたっての注意】

- 1 加入者ご本人に裏面「福利協会へ加入される方へ」に基づき説明をして下さい。
- 2 太枠内を記入(入力)、チェック☑をしてください。
- 3 記入の際の筆記具は黒のボールペン又は黒インクをもものをご使用ください。
- 4 消えるボールペンやマジック、鉛筆は不可です。
- 5 印鑑(共済契約者等・加入者本人)を押印してください。
- 6 出来上がりましたら、施設保存用にコピーを取り、裏面を加入者にお渡しください。
- 7 最後に本通知書を福利協会へ提出してください。

新規加入通知書の裏面



福利協会へ加入される方へ（ご一読願います。）

(2017.4～)

— 神奈川県福利協会とは —

県内の民間社会福祉事業を推進するため 1955 年に設立された団体です。

それぞれの福祉施設が単独では従事者の退職金制度を持つことが困難であったことから、助け合いの精神を有する多くの民間社会福祉事業者とともに、退職金制度等を維持運営しています。平成 24 年 4 月より公益財団法人へ移行しました。

①福利協会では次の事業を行っています。— 定款(福利協会のホームページに掲載)より抜粋 —

(事業)

第 4 条 【略】

(1) 社会福祉に係る非営利法人の退職共済事業

(2) その他公益目的を達成するために必要な事業

2 【略】

(1) 損害保険代理店事業

(2) その他公益目的事業を推進するために必要な事業

②退職共済事業の加入にあたって(福利協会ハンドブックの退職共済規程(以下「規程」という。)を参照)

(1) 福利協会の退職共済制度は、65 歳未満の方が加入することができます。

加入時の年齢により、掛金納付期間が短くなり退職金(一時金)が掛金相当額(事業主拠出分+加入者拠出分)を下回る場合があります。

(2) 福利協会の退職共済制度は、共済契約者等(施設・団体)の退職金として給付されます。

(3) 福利協会の退職共済は、給与月額を規程の「標準給与月額等級及び掛金月額表」にあてはめて退職金計算の基となる標準給与月額や共済掛金を算出します。この標準給与月額は、毎年 10 月に改定します。10 月から翌年 9 月までの間に昇給等の事情により給与月額の変額があっても標準給与月額の変更は行いません。

(4) 給与月額とは、本給と固定額で受ける諸手当(諸手当のうち通勤手当は除く。)の合計です。

(5) 掛金月額は、1000 分の 45 で、共済契約者等(施設・団体)が 1000 分 25、と加入者 1000 分の 20 でそれぞれ毎月負担します。

(6) 掛金月額は毎月給与から控除されて、共済契約者等(施設・団体)経由で福利協会へ納入します。

(7) 加入者の年齢が満 65 歳に達した年度の翌年度 4 月から、掛金の納入を停止します。

(8) **退職金は、加入期間 1 年以上(掛金納入期間が 12 ヶ月以上)の方のみ支給となります。**

1 年未満で退会される場合加入者ご本人負担の掛金積立分も含め退職金の支給はありません。

(9) 退職によらない退職共済制度だけを辞める(脱退)の場合は、退職したとして計算した退職金の 2 分の 1 若しくは加入者掛金累計額のどちらか多い額を支給します。(加入期間 1 年以上(掛金納入期間が 12 ヶ月以上)の場合が対象です。)

(10) 福利協会は、共済契約者等(施設・団体)から預託された掛金と加入者からの掛金を、安全で安心な運用を行います。経済動向や制度の見直しにより、将来の掛金額、給付率は変更される場合があります。

(11) 退職共済加入承認後、福利協会から共済契約者等(施設・団体)経由で加入者個々に「加入者カード」と「福利協会のハンドブック」をお渡しします。

(12) 福利協会の退職共済と契約している他の共済契約者等(施設・団体)へ転職の場合、継続加入ができる場合があります。

(13) 産休、病気等で休職することになり給与が無給となった場合は、届出書を提出することで、掛金の納入を一時中断することができます。ただし、その期間は、退職金を計算する加入期間からは除かれます。

(14) 年 3 回広報紙「福利かながわ」を加入者一人ひとりに行き届くよう発行しています。退職共済事業や福利厚生事業など掲載しており、加入者ご自身にメリットがあると考えており、ぜひご活用をお願いします。

(15) 福利厚生事業では、加入者の慶弔金の給付、長期加入者顕彰、貸付金、野球観戦など行っています。

**加入期間(掛金を納付した期間)が1年以上で
退職(死亡による退職を含む。)したとき**

も併せてご覧ください。

- 福利協会の貸付金制度を利用中(返済中)に退職する場合には事前に福利協会へご相談ください。
- 死亡による退職の場合は、添付書類が必要です。福利協会へご連絡ください。
- ◆**請求期限** 退職日から5年間。5年を過ぎると請求権は消滅します。

給付の種類

1 退職一時金…加入期間1年以上で退職したとき。
3 遺族一時金…加入期間1年以上の人が死亡したとき。 * 添付資料が必要です。

印は忘れずに押印してください。

作成年月日 20××年 2月 1日

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿

次のとおり、退職一時金の給付を申請します。

請求者	給付の種類 (該当する番号を記入) 1 退職一時金 3 遺族一時金	事業所番号 (右づめで記入) 0031	(共済契約者等) 施設等名 社会福祉法人 ふくり会 福利保育園 代表者名 園長 福保次郎 電話番号 045-000-0000
-----	---	------------------------	---

加入者番号 (右づめでご記入ください。) 事業所番号 ← 0031 → 003100098	貸付金 (該当する所に印を記入してください) 生活資金 <input type="checkbox"/> 住宅資金 <input type="checkbox"/>	退職事由 (該当する数字を記入してください。) 3 1結婚 2出産 3病気 4転居 5転職 6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他
---	---	--

フリガナ サワタリ ユミ 加入者氏名 沢渡 由美	生年月日 (西暦) 年 月 日 1 9 × × 0 2 0 3
本人または遺族の住所 (転居の場合は、転居後の住所) 〒 2 3 1 0 8 △ △ 横浜市 中区 ○○町1-2-4	加入年月日 (西暦) 年 月 日 2 0 × × 0 4 0 1
退職 1 1退職 2転居 3死亡 2 0 × × 0 1 3 1	該当する番号を記入してください。

掛金の中断期間 年 ヶ月

※遺族受取人氏名 (受取者の住所は上段へ記入)
 フリガナ
 遺族氏名 続柄

※添付書類確認欄
 1. 謄本
 2. 抄本
 3. その他 ()

※ 退職共済規程第17条第1項に基づく施設等(共済契約者等)の振込先金融機関をご記入ください。
 なお退職共済掛金口座振替の金融機関と同じ場合は記入不要です。

共済契約者等の振込先金融機関 金融機関コード 4321	金融機関名 協会	銀行・信用金庫・信用組合 ・農業協同組合 (〇で囲んでください。)
支店コード 123	支店名 横浜	

預金種目 1 普通 2 当座	口座番号 (右づめでご記入ください。) 0123456	口座名義 (カタカナ、濁点・半濁点は同じマス内、左づめで記入。) フク フクリホイクエン エンチ ヨウ ヌクホジロウ
----------------------	--------------------------------	--

振込先
施設団体又は遺族氏名の名義の振込先を記入してください。

※うち銀行の場合、従来の通帳記号・番号ではなく、振込用の「店番号、口座番号」を記入してください。

口座名義
施設団体又は遺族氏名の名義を記入してください。

【作成にあたっての注意】

- 1 太枠内を記入(入力)をしてください。
- 2 記入の際の筆記具は黒のボールペン又は黒インク(消えるボールペンやマジック、鉛筆は不可)をご使用ください。
- 3 印鑑(共済契約者等・加入者本人又は遺族)を押印してください。
- 4 出来上がりましたら、施設保存用にコピーを取り、本通知書を福利協会へ提出してください。

※法人等略語(例)

社会福祉法人	.....	フク)
特別養護老人ホーム	.....	トクヨウ
特定非営利活動法人	.....	トクヒ)
更生保護法人	.....	ホゴ)
公益財団法人・一般社団法人	.....	ザイ)
公益社団法人・一般社団法人	.....	シャ)
社会福祉協議会	.....	シャキョウ

月の途中の退職の場合でも退職月まで共済掛金が発生します。

中断期間掛金の中断期間がある場合は記入してください。

口座名義
施設団体又は遺族氏名の名義を記入してください。

※退職一時金受給申請書を作成の際、同時に用意してください。

※福利協会への提出は必要ありません。作成後は共済契約者等で保管してください。

- ・退職金受給者（死亡による退職等は除く）より提出を受けてください。
- ※退職者から提出がない場合には、20.42%の税率によって源泉徴収を行ってください。

※様式は、国税庁ホームページ(下記 URL)よりダウンロードして使用してください。

https://www.nta.go.jp/taxes/tetsuzuki/shinsei/annai/gensen/annai/1648_37.htm

支払者は、貴施設団体です。ここを記入してください。

年 月 日	年 分	退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書	
退職者氏名 姓 / 名 市町村氏名	氏 名 個人番号 <small>その年1月1日現在の住所</small>	馬 住 所 氏 名 個人番号 <small>その年1月1日現在の住所</small>	

① 退職手当等の支給を受けることになった年月日 年 月 日 <一般・障害の区分> 一般・障害 [] ② 退職の区分等 <生活扶助の有無> 有・無	③ この申告書の提出日から受ける退職手当等についての退職期間 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 特定役員等勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年
--	---

④ 本年中に支払を受けた前年の退職手当等についての勤続期間 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 特定役員等勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年	⑤ ③と④の重複勤続期間 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 特定役員等勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年
--	--

⑥ 賞状を有する年分（その中に確定拠出年金等に基づく老齢給付金として支給される一時金の受給を受ける場合には、その年分の退職手当等についての勤続期間） 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年	⑦ 賞状は③の勤続期間のうち、③の勤続期間と重複している期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 特定役員等勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間との重複勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年
--	---

⑧ A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間との重複期間 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 特定役員等勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年	⑨ A又はBの勤続期間のうち、⑧又は⑨の重複期間だけからなる部分の期間 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 特定役員等勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年 うち 知財勤続期間 有 白 年 年 月 日 年 無 年 年 月 日 年
--	--

区分	退職手当等の支給を受けた年	収入金額	源泉徴収額	源泉徴収率	支払日	支払額	退職の区分	支払者の所在地(住所・名称(氏名))
A	+	+	+	+	+	+	一般	
B	+	+	+	+	+	+	特定役員	
C	+	+	+	+	+	+	知財	

ここを記入してください。

加入期間(掛金を納付した期間)が1年未満で退職(死亡による退職を含む。)したとき

様式7号

折曲厳禁

無給付通知書

(加入期間1年未満で退職・死亡した時)

(記入年月日) 20××年 9月 1

印は忘れ
ずに押印
してくだ
さい。

加入者番号 共済掛金請求内訳書を参照	事業所番号 <small>(づめでご記入ください。)</small>	(共済契約者等) 施設等名	福利保育園
	0 0 3 1	代表者名	園長 福保 次郎
		電話番号	045-316-0000

加入者番号 (右づめでご記入ください。)	(西暦) 年 月 日
←事業所番号→	退職
0 0 3 1 0 0 0 1 9	死亡 2 0 × × 0 8 2 5
フリガナ ヨコザワ ハナコ	退職事由 5 1結婚 2結婚 3病气 4転居 5転職
加入者氏名 横沢 花子	6定年 7死亡 8施設団体都合 9その他
	加入期間 0 8 ヶ月

退職月まで共済掛金が発生します。
共済掛金は月単位です。

加入者番号 (右づめでご記入ください。)	(西暦) 年 月 日
←事業所番号→	退職
	死亡

加入者番号 (右づめでご記入ください。)	(西暦) 年 月 日
←事業所番号→	退職
	死亡

加入期間 (掛金納付期間) 6か月以上の
場合、[短期給付金 \(P47 参照\)](#) の請
求ができます。(退会一時金)

加入者の氏名を変更したとき

様式9号

加入者氏名変更届

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿

次のとおり加入者の氏名の変更がありましたので届けます。

事業所番号 (右づめでご記入ください。) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					(共済契約者等) 施設等名 代表者名 電話番号

加入者番号 (右づめでご記入ください。)

← 事業所番号 →

--	--	--	--

加入者 氏名 (変更前)	
--------------------	--

氏名 (変更後)	フリガナ
変更年月日	
変更の理由	

※福利協会使用欄

事務局長	局長補佐	事務局	主任	内容	登録
				電算処理	

他の共済契約者等の施設・団体へ異動(転職)するとき

異動後の事業所が福利協会に加入しているか確認してください。未加入事業所であった場合、異動処理ができない場合があります。

【作成にあたっての注意】

- 1 異動は、本会共済制度に加盟している共済契約者の施設・団体に転職する場合で、加入期間を継続する場合提出してください。
(ただし、掛金納付期間に空白ができない場合のみ)
- 2 □には黒のボールペン等で枠からはみ出さないように明りょうに記入してください。
- 3 この届は、「異動前・施設団体等」において作成(太枠をすべて記入し押印する。)のうえ「異動後・施設団体等」へ本紙を送付してください。なお、標準給与月額は、「異動前・施設団体等」で記入してください。
- 4 職種番号は、右の職種番号表により記入してください。
- 5 「異動後・施設団体等」では、「異動前・施設団体等」から送付されてきた本異動通知書の異動後・施設団体等欄をご記入・押印のうえ本紙を福利協会へ提出してください。
- 6 福利協会で処理後、異動通知書施設負担金累計額通知書をそれぞれの施設団体へ送付します。

□ …異動前の事業所で記入するところ □ …異動後の事業所で記入するところ

様式10号
折曲厳禁 異動通知書

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿 作成年月日 20××年〇〇月××日

次のとおり異動を承認しましたので、連名でお届けします。

忘れずに押印してください。

異動前・施設団体等	事業所番号 (右づめでご記入ください。)	0031	異動後・施設団体等	事業所番号 (右づめでご記入ください。)	0018
	(共済契約者等)			(共済契約者等)	
	施設等名	福利保育園		施設等名	神奈川ホーム
	代表者名	園長 福保 次郎		代表者名	施設長 横浜 福祉
	電話番号	045-263-6017		電話番号	045-311-0000

【異動前・施設団体等記入欄】

フリガナ	フクリキョウコ	標準給与月額	
加入者氏名	福利 キョウ子	300000	

標準給与月額は、異動前の事業所の異動時の標準給与月額を記入してください。10月の改定時以外の変更はできません。

異動年月日は、異動前の事業所の最終年月日を記入してください。

【異動前・施設団体等記入欄】	
加入者番号 (右づめでご記入ください。)	←事業所番号→
003100083	
異動(退職)年月日	
(西暦) 年 月 日	
20XX 01 31	
共済掛金拠出	
01 月分まで	

共済掛金拠出は、異動前の事業所が拠出する最後の月を記入してください。

【異動後・施設団体等記入欄】	
加入者番号 (右づめでご記入ください。)	←事業所番号→
001800092	

下表より該当する番号を記入してください。

職種番号		
01施設長	02指導員	03保育士
04介護職員	05栄養士	06調理員
07看護師	08医師	09事務員
10訓練指導員	11介護支援専門員	12介助員
13ホームヘルパー	14その他	


休職等により無給(有給)となり掛金の納入を中断(再開)するとき


! 共済掛金は、休職に伴って給与が無給となり掛金の納入が困難な場合、給与が無給の間、一時納入の中断することができます。
 ただし、中断した期間は、長期給付金（退職金）を計算する期間から除かれます。
 ◎黒のボールペン又は黒インクで記入してください。
消えるボールペンやマジック、鉛筆では記入しないでください
 ◎必要事項をご記入、押印のうえ施設保存用のコピーを取り、本誌を福利協会へ提出してください。

様式11号 共済掛金中断・再開届 (記入日) 20××年○月○日

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿

次のとおり掛金を中断・再開しますので届けます。

事業所番号 (右づめでご記入ください。)	(共済契約者等) 施設等名	福利保育園	
0031	代表者名	園長 福保 次郎	
	電話番号	045-314-6155	

加入者番号 (右づめでご記入ください。)	(どちらかに☑を付してください。)	
事業所番号 0031000003	<input checked="" type="checkbox"/> 中断	休職年月日(西暦) 20××年9月1日
フリガナ キョウサイ タロウ	<input type="checkbox"/> 再開	復職年月日(西暦) 年 月 日
加入者氏名 共済 太郎		

掛金の中断・再開年月 (西暦) 年 月 分から	中断・再開時の標準給与月額
20××年 09月 分から	180000


理由 長期休業 育児休業 その他 ()


忘れずに押印してください。

様式11号 共済掛金中断・再開届 (記入日) 20××年2月○日

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿

次のとおり掛金を中断・再開しますので届けます。

事業所番号 (右づめでご記入ください。)	(共済契約者等) 施設等名	福利保育園	
0031	代表者名	園長 福保 次郎	
	電話番号	045-314-6155	

加入者番号 (右づめでご記入ください。)	(どちらかに☑を付してください。)	
事業所番号 0031000003	<input type="checkbox"/> 中断	休職年月日(西暦) 年 月 日
フリガナ キョウサイ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 再開	復職年月日(西暦) 20××年1月20日
加入者氏名 共済 太郎		

掛金の中断・再開年月 (西暦) 年 月 分から	中断・再開時の標準給与月額
20××年 02月 分から	240000

理由 長期休業 育児休業 その他 ()

! 直近の標準給与月額決定通知書の標準給与月額をご記入ください。

訂正依頼書

年 月 日

公益財団法人神奈川県福利協会理事長 殿

<p>事業所番号 (右づめでご記入ください。)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<p>(共済契約者等)</p> <p>施設等名</p> <p>代表者名</p> <p>電話番号</p> <div style="text-align: right;"> </div>

次のとおり変更がありましたので届けます。

加入者番号 (右づめでご記入ください。)

← 事業所番号 →

--	--	--	--

加入者 氏 名	
------------	--

<変更事項の番号に○を付けて下さい。>

番号	項 目	訂正前	訂正後	事由
1	職 種			
2	加入年月日			
3	生年月日			
4	採用年月日			
5	標準給与月額			
6	非常勤等 (雇用形態)			

※福利協会使用欄

事務局長	事務局次長	事務局	主任	内容	電算処理