

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。

(西暦)

作成年月日 20××年 9月 1日

公益財団法人 神奈川県福利協会理事長 殿
貴会退職共済規程を承諾の上、次の職員の加入を申請します。

枠内を記入(入力)、チェック☑をしてください。

事業所番号 (右つめでご記入ください。)	(共済契約者等) 施設等名 福利保育園	ご担当者名(カタカナ)
0 0 3 1	代表者名 園長 福利 次郎	フクリ ハナコ
	電話番号 045-263-6017	連絡先電話番号 045-263-6017

加入年月日 (西暦) 2 0 × × 年 0 9 月 0 1 日

【加入者】ダパのように濁点・半濁点は同じマス内に記入してください。

フリガナ	フクシ	フリガナ	ゴロウ
姓 (漢字)	福 祉	名 (漢字)	五 郎
加入者番号 (右つめでご記入ください。) ← 事業所番号 →	性別 (☑を付してください。)	職種番号 (下表より該当する数字を記入)	非常勤等 (☑を付してください。)
0 0 3 1 0 0 1 0 0	男 ☒ 女 ☐	0 9	☐
生年月日 (西暦)	1 9 7 3 年 1 0 月 1 0 日	本給 + 月により変動 のない手当 =	1 7 6 2 2 0
※65歳を超える方は加入できません。		千 円	
採用年月日 (西暦)	20 × × 年 0 6 月 2 6 日	標準給与月額	1 8 0 0 0 0
		千 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】

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

【個人情報の取り扱いに関する注意事項】

この個人情報は、退職共済およびこれに付帯する事業の目的のみで利用されます。

※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

(2025. 2～)