

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 年 月 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	記入者・担当者氏名
<input type="text"/>	代表者名	
	電話番号	
		連絡先電話番号

加入年月日 年 月 日
(西暦)

【加入者】 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 <input type="text"/>	フリガナ <input type="text"/>
姓 (漢字) <input type="text"/>	名 (漢字) <input type="text"/>
加入者番号 (右つめでご記入ください。) ← 事業所番号 → <input type="text"/>	性別 (☑を付してください。) 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
	職種番号 (下表より該当する数字を記入) <input type="text"/>
	非常勤等 (☑を付してください。) <input type="checkbox"/>
生年月日 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ※65歳を超える方は加入できません。	本給 + 月により変動のない手当 = <input type="text"/> 万円 <input type="text"/> 千円
採用年月日 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	標準給与月額 <input type="text"/> 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】

- 1 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。
- 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 出来上がりましたら、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。
- 6 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(2025.2~)