

共済契約者間継続職員異動届

(約款様式第8号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

機構受付日付印

◎ コピーを2部とり、1部を共済契約者控えとしてお手元に残し、1部を先に作成した共済契約者にお送りください。
◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。

被 共 済 職 員 氏 名		(フリガナ) 54 73										114 生 年 月 日 120												
		74 113										1 明 治 2 大 正 3 昭 和 4 平 成		年	月	日								
異動後の共済契約者	共 済 契 約 者 番 号 4 9				施 設 番 号 10 12				採 用 年 月 日 14 19						職 種									
															名 称 20 番 号 21									
	氏 名 又 は 名 称				印												異 動 後 の 本 俸 月 額							
	主たる事業所の所在地				郵便番号 ー												俸 給 表 の 額 22 28 千 円 30 35 千 円				<別掲> 俸給の調整額			
	事務担当者氏名				連絡先				電話															
	勤務する施設又は事業所																種類							
	異動前の共済契約者	共済契約者番号 36								職員番号 41				42				異 動 前 の 本 俸 月 額						
氏 名 又 は 名 称				印												俸 給 表 の 額 122 128 千 円 129 134 千 円				<別掲> 俸給の調整額				
主たる事業所の所在地				郵便番号 ー												退 職 月 の 出 勤 日 数 (月の末日での退職ではない場合に記入してください)				日				
事務担当者氏名				連絡先				電話																
勤務する施設又は事業所																48 退 職 日 53				年 月 日				
退職月の直前の4月から退職までの期間において																								
業務に従事した日数が10日以下の月 (被共済期間とならない月)				業務上の傷病による休業期間 (現認証明書を添付すること)				育児休業の申請があった者																
月 名		左月の計		121				1 新規		出産日						パパ・ママ育児プラス 有 ・ 無								
		月						2 変更		育児休業開始日						半年延長の理由(※) 1 ・ 2								
								3 再取得		育児休業終了日														
								1 新規		出産日						パパ・ママ育児プラス 有 ・ 無								
								2 変更		育児休業開始日						半年延長の理由(※) 1 ・ 2								
								3 再取得		育児休業終了日														
														カード No. 1 2 5 8										

(※) 半年延長の理由
育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。
1 保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
2 子の養育を行っている配偶者であって、1歳又は1歳6ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合