

20××年 5月 3日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 130△○×
共済契約者名 社会福祉法人虎ノ門福祉会
代 表 者
(担当者氏名：北海道 花子)
(担当者連絡先：03-3438-××××)

20××年度 掛金納付対象職員届の訂正について

先般提出しました掛金納付対象職員届について、内容に誤りがありましたので、次のとおり訂正をお願いいたします。

施設番号	職員番号	職員名	訂正項目	訂正前	訂正後
001	00011	福岡 達也	異動内容	20××年3月31日 退職	20××年3月31日 合算申出減
001	00038	茨城 舞	被共済職員期間 とならない月	無	20×△年11月、12月 20××年1月、2月 (計4箇月)
001		長野 綾	追加加入	報告漏れ	20××年4月1日 新規加入
					(生年月日) 1994年8月4日
					(性別) 女
					(加入資格) ア
					(職種番号) 03 (保育士)
					(俸給表の額) 180,000円
					(俸給の調整額) 7,200円

※4月1日に在籍している職員の人数に変更がある場合、掛金額が変動いたします。掛金額に追加があった場合には、各金融機関に備え付けの振込依頼書を用いて所定の銀行口座にお振込みください。

なお、訂正に応じられない場合があります。

