

被共済職員加入届

(約款様式第6号)

◎ ◎
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。
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。

年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり新たに被共済職員となった者があるので届け出ます。

機 構 受 付 日 印

共 済 契 約 者	氏名又は名称及び代表者職氏名	
	主たる事務所の所在地及び電話番号	
	郵便番号 -	
	事務担当者氏名	事務担当者連絡先 電話 - -
施 設 又 は 事 業	名	種 類

氏 名	生 年 月 日 2大正 3昭和 4平成 5令和	性 別 1 男 2 女	加 入 年 月 日	加入資格 (注1) アイウ	加 入 時				被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日 (注4)	前共済契約者名 (合算申出あるいは解除経験のある職員の場合に記入してください。)	
					職 種 (注2)		本俸月額 (注3)			前共済契約者 番号	前職員番号
					名 称	番 号	俸給表の額	<別掲> 俸給の調整額			
	2 年 月 日	1	元号 年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年 月 日	
	2 年 月 日	1	元号 年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年 月 日	
	2 年 月 日	1	元号 年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年 月 日	

※注1 加入資格ア～ウについて

ア. 雇用期間に定めのない職員（いわゆる正規職員）は、採用日から加入。

イ. 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員（※）で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は採用日から加入。※雇用期間に定めのない職員のうち、正規職員以外の者を含みます。

ウ. 1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は、採用から1年を経過した日から加入。

※注2～4は、被共済職員加入届の「記載上の留意点等」に記載してあります。

※4月1日付の加入の場合は、この届書ではなく掛金納付対象職員届で報告してください。

カードNo	
1	2
6	4