

常務理事		事務局長		担当者	
------	--	------	--	-----	--

### 共 済 契 約 者 間 継 続 職 員 異 動 届

平成 年 月 日

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員  
退職手当共済財団 理事長 様

次のとおり被共済職員を継続職員として異動したので、栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済契約約款の規定により連名で届け出ます。

異 動 前 の 共 済 契 約 者	施設番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>	施設名
		施設長名
	団体の名称及び代表者名 <div style="text-align: right;">印</div>	
	所在地 〒 - <div style="text-align: right;">(電話 )</div>	
異 動 後 の 共 済 契 約 者	施設番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>	施設名
		施設長名
	団体の名称及び代表者名 <div style="text-align: right;">印</div>	
	所在地 〒 - <div style="text-align: right;">(電話 )</div>	

被 共 済 職 員 名	性 別	生 年 月 日	継 続 異 動 年 月
	男 ・ 女	大正 昭和 平成 年 月 日	元号コード 4 <input style="width: 100%;" type="text"/> 年 月

異 動 前	被共済職員コード <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	本 俸 月 額 (特殊業務手当を含む。)	万 円 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	退 職 ( 転 出 ) 年 月 日	平成 年 月 日
	旧 職 種	
異 動 後	被共済職員コード ※ <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	本 俸 月 額 (特殊業務手当を含む。)	万 円 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	異 動 ( 転 入 ) 年 月 日	平成 年 月 日
	新職種及びコード	<input style="width: 100%;" type="text"/>

この個人情報は、共済財団において適正に管理し、退職手当共済事業の目的のみに利用します。

**(記入注意)**

- 1 継続異動年月は、新共済契約者の被共済職員となった年月を記入してください。
- 2 この届出は3部作成し、1部を共済財団に提出してください。(新旧契約者が各1部保存)
- 3 ※欄は記入しないでください。
- 4 新職種は、職種名を記入するとともに、コード表を参照の上、該当コードを記入してください。

01	施 設 長	09	調 理 員
02	指 導 員	10	事 務 ( 局 ) 長
03	保 育 士	11	事 務 員
04	介 護 職 員	12	介 助 員
05	医 師	13	ホ ー ム ヘ ル パ ー
06	看 護 師	14	介 護 支 援 専 門 員
07	訓 練 指 導 員		
08	栄 養 士	99	そ の 他 の 職 員

共済財団受付印