常務理事		事務局長		担当者	

様式１２（第 25 条関係）

共 済 契 約 者 間 継 続 職 員 異 動 届

（西暦）　　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		
	施設コード	施設名
		施設長名
	団体の名称及び代表者名	印
	所在地　〒　－ （電話　　）	

異動後の共済契約者		
	施設コード	施設名
		施設長名
	団体の名称及び代表者名	印
	所在地　〒　－ （電話　　）	

被共済職員名	性別	生年月日（西暦）	継続異動年月（西暦）
	男 ・ 女	年　月　日	年　月

異動前		
	被共済職員コード	
	本俸月額（特殊業務手当を含む。）	万　円
	退職（転出）年月日（西暦）	年　月　日
	旧職種	

異動後		
	被共済職員コード	※
	本俸月額（特殊業務手当を含む。）	万　円
	異動（転入）年月日（西暦）	年　月　日
	新職種及びコード	

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　異動前施設が原本１部作成し、異動後施設へ送付してください。異動後の施設は所定箇所に記入後、コピーを２部とり、異動前施設へ１部送付、残り１部を保管し、原本を共済財団へ提出してください。

3　※欄は記入しないでください。

職種コード表

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