

記入例

共済契約者間継続職員異動届

(西暦) 〇〇〇〇年 〇月 〇日

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

次のとおり加入者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	950	施設名	うつのみや苑
			施設長名	宇都宮 一郎
	団体の名称及び代表者名		社会福祉法人 うつのみや福祉会 理事長 共 済 太 郎	
	所在地		〒320-〇〇〇〇 宇都宮市中央〇-△ (電話 028-〇〇〇-△△△△)	
異動後の共済契約者	施設コード	885	施設名	おやま園
			施設長名	小 山 一
	団体の名称及び代表者名		社会福祉法人 おやま福祉会 理事長 下 野 大 一 郎	
	所在地		〒323-〇〇△△ 小山市羽川〇-〇 (電話 0285-〇〇-〇〇〇〇)	

加入者名	性別	継続異動年月(西暦)
日光 美香	男・女	年 月 202506

異動前	職員コード	302	万 円
	本 俸 月 額	225432	
	退職(転出) 年月日(西暦)	20250531	年 月 日
	旧 職 種	介護職員	
異動後	職員コード	※	共済財団が決定
	本 俸 月 額	240000	万 円
	異動(転入) 年月日(西暦)	20250601	年 月 日
	新職種及びコード	事務員 11	

この個人情報、共済財団において適正に管理し、

(記入注意)

- 継続異動年月は、新共済契約者の加入者となった年月を記入してください。
- 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。
- ※欄は記入しないでください。

※継続移動時に本俸月額を変更できるのは、他法人間のみです。
同一法人間の異動では、10月の改定までは、本俸月額を変更できません。

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

異動後に職種が変更した場合のみ記入