

記入例

※ 傷病や介護等、休職全般を対象とした
届出書となります。

担
当
者

休 職 ・ 育 児 休 暇 等 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

団 体 の 名 称 社会福祉法人 うつのみや福祉会
代 表 者 職 氏 名 理事長 共 済 太 郎

加入者が休職・育児休暇等により職務に従事しなくなりますので、栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済約款の規定により届け出ます。

施 設 コード 9 5 0

施 設 の 名 称

施 設 所 在 地

施 設 長 氏 名 及 び 連 絡 先

うつのみや苑

〒 3 2 0 - 〇 〇 〇 〇

宇都宮市中央〇 - △

氏 名 宇 都 宮 一 郎

電 話 0 2 8 (〇 〇 〇) 〇 〇 〇 〇
FAX 0 2 8 (〇 〇 〇) X X X X

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

職員コード

フ リ ガ ナ
加 入 者 名

性 別

掛金納入中止年月 (西暦)

2 3 0

ナ ス ア キ コ
那 須 明 子

男 ・ 女

年 月
2 0 2 5 〇 4

休職・育児休暇等の理由

育 児 休 暇 取 得

職務に従事しないため、
給与が全く支給されない年月

備

考

(注) 休職・育児休暇等により、職務に従事しないことを証する書類を添付してください。

※休職開始の日付が表記された書類
例) 勤務表等

共済財団受付印