

共済契約者・職員データ入力票

共済契約者（法人・団体）

施設コード

加入年月（西暦）

年

月

法人・団体名

職員

この個人情報、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

姓（漢字）

名

性別

男

女

職種コード

本俸月額（特殊業務手当を含む）

万

円

生年月日（西暦）

年

月

日

福祉医療機構の加入

常勤

非常勤

※

職員コード

フリガナ

姓（漢字）

名

性別

男

女

職種コード

本俸月額（特殊業務手当を含む）

万

円

生年月日（西暦）

年

月

日

福祉医療機構の加入

常勤

非常勤

※

職員コード

フリガナ

姓（漢字）

名

性別

男

女

職種コード

本俸月額（特殊業務手当を含む）

万

円

生年月日（西暦）

年

月

日

福祉医療機構の加入

常勤

非常勤

本俸月額計

万

円

総枚数

枚中

枚目

（記入注意）

- 1 このデータ入力票は、様式 1・3「共済契約申込書又は追加申込書」と併せて作成してください。
- 2 ※欄は記入しないでください。
- 3 □には、該当する欄に印又はコード表を参照の上記入してください。
- 4 本俸月額は、申込み日現在の額です。
- 5 福祉医療機構に加入予定又は加入済みの場合は、印を記入してください。

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