

共 済 加 入 申 込 書

年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

東京都社会福祉協議会従事者共済会規程を承諾の上、
下記職員の加入を申し込みます。

法人名	
法人代表者	(印)

施設番号		<問合せ先>
施設・団体名称		担当者
		電 話

入会日 (西暦) 年 月 日

就職年月日 (西暦) 年 月 日

生年月日 (西暦) 年 月 日

算定基礎額 (本俸月額) 性別 職種コード

百万	十万	万	千	百	十	一	円		
----	----	---	---	---	---	---	---	--	--

※諸手当を含めない基本給を記入してください

☆東社協記入欄
(加入者番号)

--	--	--	--	--	--	--

※太枠内は加入者本人が記入すること

加入者同意欄		
私は従事者共済会「重要事項説明書」の交付を受け、従事者共済会規程について承諾しましたので、加入を申し込みます。		
加入者氏名 (自署)	フリガナ	フリガナ
	氏 (漢字)	名 (漢字)

【作成にあたっての注意】

- 1 油性の黒ボールペン等で記入してください。
- 2 加入者本人に「従事者共済会 重要事項説明書」に基づき説明または交付し、加入について同意を得た上で、加入申込を行ってください。
- 3 施設・団体の担当者が、加入者情報（上段）を記入してください。
- 4 加入者が加入の同意をした証として、加入者同意欄に自署を受けてください。
- 5 作成後、法人印を押印し、原本を従事者共済会に送付・コピーを施設・団体で保管してください。
- 6 施設の保管は、加入者が従事者共済会を退会、または他法人へ転出・転入するまでとします。
- 7 加入手続き完了後、共済会システムより加入承認書を出し、加入者にお渡しください。
- 8 手続きの遅れ等による遡及加入は、書類締切日（毎月10日）を基準に2か月までです。

職種コード	
01	施設長 (理事長、常務理事、副施設長等)
02	指導員、介護支援専門員 (支援員、相談員等)
03	保育士
04	介護職 ヘルパー(ケアワーカー)
05	医師
06	看護師 (准看護師、保健師)
07	調理関係 (調理員、栄養士)
08	事務員(事務長)
09	医療技術員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師)
10	その他