

# 従事者共済会 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

加入希望者からの委任を受け、下記職員の  
東京都社会福祉協議会従事者共済会への加入を申請します。

法人名	
法人代表者	(印)

施設番号	
施設・団体名称	
<問合せ先>	
担当者	
電 話	

加入日 (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 (給与月額)	性別 職種コード
		百万 十万 万 千 百 十 一 円	
☆東社協記入欄 (加入者番号)		※諸手当を含めない基本給を記入してください	

※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」の説明または交付を受け、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。申請手続きは、法人に委任します。	
加入者氏名 (自署)	フリガナ
<個人情報の取り扱いについて> 加入者及び施設・団体から、加入申込時並びに加入後にいただく個人情報は、以下の目的のために利用させていただきます。 * 加入者データの登録処理 * 改姓等による氏名変更、退職・復職、契約施設・団体間での転出・転入があった場合の加入者データの修正・変更事務 * 標準給与月額の変更手続き * 退職共済金の計算や、給付に必要とされる事務処理 * (加入者が貸付事業を利用される場合)貸付決定に際しての判断や必要な事務処理 なお、従事者共済会から、施設等に対して、事務処理上必要となる各種届出に関する承認内容、退職共済金の給付額、貸付金額等の情報を提供いたします。また、個人が特定できない統計情報については、東京都社会福祉協議会における経営支援業務等に利用させていただくことがあります。	

- 【注意事項】
- 油性の黒ボールペン等で記入してください。
  - 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。
  - 就職年月日は、「退職所得の源泉徴収票・特別徴収票」に記載されます。正しく記入してください。
  - 加入者が加入の同意をした証として、加入者同意欄に署名をしてもらってください。
  - 本書を作成後、法人代表者印を押印し、本書(原本)を提出し、コピーを施設・団体で保管してください。
  - 施設・団体での保管は、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。
  - 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。

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