様式第６号

折曲不可

従事者共済会　標準給与月額変更届

枚目 ／ 枚中

社会福祉法人　東京都社会福祉協議会　会長　様

法人名

法人代表者　(印)

＜問合せ先＞
住所　〒

電話

フリガナ
担当者名

施設番号

施設・団体名称

フリガナ 加入者氏名	加入者番号	算定基礎額	遡及届出	※ 処理欄
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	
		円	加入　解除　転出　転入	

【 ご注意 】
1 8月1日現在で当該施設に在籍している方の算定基礎額をご記載ください。
2 加入者氏名の記載がないまたは記載されているが在籍していない場合は、
「遡及届出」欄の該当する届出を〇で囲んでください（別途、様式による届出も必要です）。
3 黒インクのボールペンで枠内にはっきりと記入してください。
4 本様式は機械で読み込むため、訂正印は右下の捨印欄に押印ください。

捨印