

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員	
--------	--	-------------	--	--------	--	-------------	--	--------	--

# 共 助 会 新 規 加 入 届

年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記のとおり、共済事業に加入したいのでお届けします。

施設・団体名

施設・団体コード

加入年月  
元号コード

年 月

代表者名

印

電話番号

加入者氏名	フリガナ	<input type="text"/>	給与月額(本俸)	<input type="text"/>	万 円
	姓 (漢字)	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	フリガナ	<input type="text"/>	常勤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 元号コード	<input type="text"/>	年 月 日
	名 (漢字)	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 職種コード	職 名
加入者氏名	フリガナ	<input type="text"/>	給与月額(本俸)	<input type="text"/>	万 円
	姓 (漢字)	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	フリガナ	<input type="text"/>	常勤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 元号コード	<input type="text"/>	年 月 日
	名 (漢字)	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 職種コード	職 名
加入者氏名	フリガナ	<input type="text"/>	給与月額(本俸)	<input type="text"/>	万 円
	姓 (漢字)	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	フリガナ	<input type="text"/>	常勤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 元号コード	<input type="text"/>	年 月 日
	名 (漢字)	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 職種コード	職 名

給与月額合計

万 円

### 注意事項

- にはボールペンで記入すること。
- 性別の  には 該当する所に レ 印を記入すること。
- 常勤・その他の  には該当する所に レ 印を記入すること。
- 枠外の給与月額合計にはこの用紙に記入した加入者の  
給与月額(本俸)の合計額を記入のこと。

### 職種コード

- |          |                |
|----------|----------------|
| 01 施設長   | 09 調理員         |
| 02 指導員   | 10 事務員         |
| 03 保育士   | 11 介助員         |
| 04 介護職員  | 12 ホームヘルパー     |
| 05 医 師   | 13 施設職員でその他の職種 |
| 06 看護師   | 14 社会福祉協議会職員   |
| 07 訓練指導員 | 15 福祉団体職員      |
| 08 栄養士   | 16 法外施設職員等     |

# 共助会新規加入届(様式第5号)記入例

施設職員の方が共助会に加入する場合にご提出ください。

加入月ごとに3名分まで記入できます。

新規加入者様へ必ず共助会のご説明をしてお手続きをお願いいたします。

(様式 第5号)

会 長	副 会 長	局 長	局 次 長	係 員
--------	-------------	--------	-------------	--------

共助会新規加入届 5年6月2日

公益社団法人千葉県社会福祉事業共助会会長 様

下記のとおり、共済事業に加入したいのでお届けします。

施設・団体名 **ちばみどり園** 代表者名 **千葉 花子** 電話番号 **043-245-1234**

施設・団体コード **9999** 加入年月 **5**年**05**月**06**日

公印

加入者氏名	フリガナ <b>カス・サ</b>	姓(漢字) <b>上 総</b>	フリガナ <b>タ・イイチロウ</b>	名(漢字) <b>大 一 郎</b>	給与月額(本俸) <b>432650</b> 円	生年月日 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>21</b> 日	職名 <b>指導員</b>
加入者氏名	フリガナ <b>チハ</b>	姓(漢字) <b>千 景</b>	フリガナ <b>ハナコ</b>	名(漢字) <b>花 子</b>	給与月額(本俸) <b>198765</b> 円	生年月日 <b>3</b> 年 <b>5</b> 月 <b>31</b> 日	職名 <b>介護職員</b>
加入者氏名	フリガナ <b>ホ・ウソウ</b>	姓(漢字) <b>房 総</b>	フリガナ <b>キョウコ</b>	名(漢字) <b>京 子</b>	給与月額(本俸) <b>201345</b> 円	生年月日 <b>3</b> 年 <b>5</b> 月 <b>20</b> 日	職名 <b>事務員</b>

給与月額合計 **832760**円

注意事項

1.  にはボールペンで記入すること。
2. 性別の  には該当する所に **レ** 印を記入すること。
3. 寄附・その他  には該当する所に **レ** 印を記入すること。
4. 特外の給与月額合計はこの用紙に記入した加入者の給与月額(本俸)の合計額を記入のこと。

職種コード

01 施設長	09 調理員
02 施設員	10 事務員
03 保育士	11 介助員
04 介護職員	12 ホームヘルパー
05 医師	13 施設職員でその他の職種
06 看護師	14 社会福祉協議会職員
07 訓練指導員	15 福祉団体職員
08 栄養士	16 渉外施設職員等

加入年月を必ず記入してください。

施設コード4桁を右詰で記入してください。

姓名フリガナは各1マス1字で記入してください。(濁点も1字とカウントします。)

この書類を作成した年月日を記入してください。

法人または施設代表者印を押してください。

給与月額を記入してください。

生年月日を元号表記で記入してください。

職種コード・職名の記入は、下記の職種コード表を参照ください。

新規加入届をご提出する前に「重要事項説明書」を用いて必ず共助会のご説明をお願いいたします。

共助会加入は施設・団体と加入希望者様と双方の合意で成り立ちます。

まれに、説明を受けていないということで退職時にトラブルになる場合がありますので周知徹底をお願いいたします。