

(様式 第8号)

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

休 職 ・ 停 職 等 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

施設・団体名

代 表 者 名

印

下記の加入者が休職・停職をするのでお届けします。

施設・団体 コード				加入者番号	
--------------	--	--	--	-------	--

フリガナ	
氏 名	
休職・停職開始月	元号コード <input type="text" value="5"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> から掛金納付を停止します
休(停)職の理由	<input type="checkbox"/> 産・育休 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他
	※その他の場合には理由を具体的にご記入下さい。
備 考	

休職・停職等届(様式第8号)記入例

加入者が休職等の理由により掛金の納付を停止する場合に提出します。

(様式 第8号)

会 長		副 会 長		局 長		局 次 長		係 員	
休 職 ・ 停 職 等 届 4 年 4 月 5 日 公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会会長 様 施設・団体名 ちばみどり園 代表者名 千葉 花子 公印 下記の加入者が休職・停職をするのでお届けします。									
施設・団体 コード	9	9	9	9	加入者番号	999999			
フリガナ	ボウソウ キョウコ								
氏 名	房総 京子								
休職・停職開始月	元号コード	5	年	0	月	5	1	0	から掛金納付を停止します
休(停)職の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 産・育休 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合には理由を具体的にご記入下さい。								
	備 考								

施設コードを右づ
めで記入してくだ
さい。

休職する方の加
入者番号、氏名
を記入してくだ
さい。

該当する□に
「レ」をつけてくだ
さい。

この書類を作成
した年月日を記
入してください。

施設・団体名等
を記入してくだ
さい。

掛金の納付を停
止する月を記入
してください。

休職届の提出後は、掛金請求明細書の休職者の欄で加入者名をご確認ください。
毎年3月末で休職者調査にて復職予定を確認しています。
復職が決まり次第、復職届(様式第9号)のご提出をお願いします。