(2019.04)
様式　第９号－（１）

共済会受付日付印

加入者休職・復職届

一般財団法人　岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会　理事長　様

申込日　　年　　月　　日

施設・団体番号	
共済契約者 所在地 名称 代表者名 電話番号	㊞
	担当者　：

下記のとおり届け出ます。

会員番号		フリガナ 会員氏名	㊞

□　休職

休職予定期間	20　年　月　～　20　年　月	休職理由	□　育児休暇 （産前産後含） □　その他
延長後休職期間	～　20　年　月		
短縮後休職期間	～　20　年　月		

□　復職

休職期間 （掛金中断期間）	20　年　月　～　20　年　月

【注意事項】

①同時に複数申請する場合は、この様式を１申請につき１部作成のうえ、共済会へ提出してください。
②この届は、各時由が生じたとき、１０日以内に共済会へ提出してください。
③休職予定期間には、休職に伴い掛金の納付を停止する期間を記入してください。
④休職期間を延長される場合は、延長後の終了月を記入してください。
⑤休職期間を短縮される場合は、短縮後の終了月を記入してください。
⑥休職を終了し復職する場合は、復職前の休職期間（掛金中断期間）を記入してください。
⑦復職時の掛金は、当該年度４月に認定した掛金となり、休職期間の翌月分から納付してください。
⑧記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。
※休職中に退会する場合は、退会日の属する月までの休職期間短縮の届が必要となります。

＜個人情報の取扱いに関する注意事項＞

申請者にかかわる個人情報は、申請事項業務及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。