(2019. 04)
様式　第１２号－（１）

共済会受付日付印

標準給与月額届

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　：

新標準給与月額合計　：　　円

※必ずご記入ください。

【注意事項】

① この届は、４月１０日必着で共済会へ提出してください。
②「会員氏名」「フリガナ」「職種」「生年月日」「掛金区分」に変更もしくは修正がある場合、赤字にて訂正してください。
　※別途「加入者変更届」の届出も必要となりま
③「★」は、４月１日現在休職中の会員です。休職中の会員の新標準給与月額も必ず記入してください。
④ ３月３１日までの退会者は退職日を「備考」に記入の上、赤線の二重線にて抹消してください。
　※別途「加入者退会報告書・退職給付金支払請求書」の届出も必要となります。
⑤ 施設間異動者は「異動前施設名」もしくは「異動後施設名」を「備考」に記入してください。
　※別途「加入者異動届」の届出も必要となります。
⑥ ４月加入者は、必要事項を記入してください。
　※別途「加入申込書」の届出も必要となります。
⑦ 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。

＜個人情報の取扱いに関する注意情報＞
　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。

次のとおり、標準給与月額を届け出ます。

	会員番号	会員氏名	フリガナ	生年月日	性別	加入年月日	職種	新標準給与	現標準給与	掛金区分	備考