

# 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				
共済契約者又は施設等 所在地 名称 代表者名等 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	<input type="checkbox"/> 育児休暇 (産前産後含) <input type="checkbox"/> 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。