

様式記入方法

届出様式	様式番号	頁
退職給付金共済契約申込書	様式第1号一(1)	50
共済契約者変更届	様式第2号一(1)	51
掛金預金口座振替依頼書(3枚複写)		52
掛金引落口座名義変更届		53
退職届及び退職給付金請求書	様式第3号一(1)	54
退職所得の受給に関する申告書		55
退職届及び退職給付金請求書(年金)	様式第3号一(3)	56
被共済職員加入届	様式第5号一(1)	57
被共済職員氏名等変更届(氏名変更)	様式第6号一(1)	58
// (掛金中断・掛金復活)	//	59
本俸月額変更届	様式第8号一(1)	60
被共済職員同一法人内配置換・共済契約者間継続異動届(配置換)	様式第9号一(1)	61
// (継続異動)	//	62
職種コード表		63
西暦一覧表		64
書き方のポイント		65

様式第1号ー(1)

退職給付金共済契約申込書

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 職

高知県民間社会福祉協議会退職給付金共済契約の規程により別記のものを被扶養職員とする
退職給付金共済契約を締結したので関係書類を添えて申し込みます。

令和	年	月	日	送付印
----	---	---	---	-----

名 称		代 表 者 職 名 ・ 氏 名			
法人等の名称 及び代表者 申 込 者	(フリガナ)				
住 所	(フリガナ)	郵便番号	電話番号	FAX番号	メールアドレス
(フリガナ) 社会福祉施設の名称	(フリガナ) 社会福祉施設の住所	加入年月日	施設種類	新設番号	施設メールアドレス

【注意事項】 1. すでに契約を済ませている法人及び団体が施設を新設した場合の加入届もこの様式によりです。
2. 書類送付先が契約者と同じである場合は、書類送付先契約者欄に○印を記入して下さい。

○印の所に記入してください。

- ① 届出書類作成日を記入してください。
- ② 契約申込法人について記入してください。
- ③ 追加加入施設について記入してください。
- ④ 加入年月日は、掛金納付を開始する月を記入してください。
- ⑤ 施設種類は、認可等を受けた事業名を記入してください。

共済契約者変更届

共済契約者施設に下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

令和 年 月 日
 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

受付印

①

共済契約者
 代表者名
 印

②

契約者番号	施設番号	施設名	変更後	変更前
変更事項				
(フリガナ) 法人・施設名	()	()
(フリガナ) 所在地	()	()
(フリガナ) 共済契約者の代表者名	()	()
団体・施設の種類				
休・廃止・移管他				
異動年月日		令和 年 月 日		

③

変更する
 事項のみ
 記入

④

○印の所に記入してください。
 ① 届出書類作成日を記入してください。
 ② 代表者変更の場合、複数施設であっても1枚で可(施設番号・施設名欄にすべての施設を記入)
 ③ 変更する事項についてのみ変更前・変更後を記入してください。
 ④ 変更年月日を記入してください。

(注)口座名義に代表者名が入っている場合は、掛金引落口座名義変更届を提出してください。

掛金預金口座振替依頼書（銀行保管分）

（民間退職共済）

申込日 令和 年 月 日

株式会社四国銀行 御中

私は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会から請求された掛金を、私名義の下記預金口座から、預金口座振替によって支払うこととしたいので、下記の預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

フリガナ				お届け印
氏名 (口座氏名)				
住所			電話番号	
金融機関	四国銀行		支店	預金種目
	金融機関コード	0175	店番号	1. 普通 2. 当座
口座番号				
振替日	県社協の指定する日（銀行休業日の場合は翌営業日）			

一預金口座振替規定一

- 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行の書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

銀行使用欄	不備返却事由	精査
	1. 預金取引なし 3. 印鑑相違 2. 記載事項等相違 4. その他 (店名、預金種目) () (口座番号、口座名義) ()	印鑑照合
	(備考)	受付印

県社協使用欄	契約者番号	施設番号	共済契約者名	印
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	適用開始年月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	施設名	

記入しないでください

○印の所に記入してください。

- ① 依頼書作成の日付
- ② 口座氏名は、通帳に印字されているものを、そのまま記入してください。
- ③ 銀行届出印を押印してください。
- ④ 契約者名・新施設設名を記入してください。（印は法人印で可）

掛金引落口座名義変更届

受付印	
-----	--

下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

①

年	月	日
---	---	---

社会福祉法人高知県社会福祉協議会 殿

共済契約者
代表者名
印

②

契約者番号	施設番号	施設名	
変更事項		変更後	変更前
(フリガナ)		()	()
掛金引落口座名義			
異動年月日		年	月 日

③

④

○印の所に記入してください。

① 届出書類作成日を記入してください。

② 複数施設であっても1枚で可(施設番号・施設名欄にすべての施設を記入)

③ 口座名義について変更前・変更後を記入してください。

④ 変更年月日を記入してください。

退職届及び退職給付金請求書

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

申告書の提出をうけた場合にチェックをする。
申告書は退職者全員から提出をうける。(1年未満での退職者も含む)

申告書提出確認	源泉徴収票貼付希望
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

下記のとおり退職したので、退職給付金を請求します。

(下記退職者口座にお支払い下さい。)

福祉医療機構の「退職手当金請求書」に県共済の「源泉徴収票・特別徴収票」を本会が貼付することを希望する場合にチェックをする。

契約者番号 0000
施設番号 00000

契約者名 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会
代表者名 代表者〇〇 〇〇

印

施設名 ふくし交流プラザ

掛金支払い最終月 2017年 03月

退職年月日(西暦) 2017年 03月 31日

職員番号(右詰記入)	職員氏名(フリガナ)	印	退職事由
000000	フクシ カズコ 福祉 和子		

受給者住所等

郵便番号 7808567
フリガナ コウチシ アサクラ
都道府県 高知市 朝倉
フリガナ 市郡町村名 朝倉
フリガナ 字・番地等 戊 375-1

受領方法等

銀行番号 0175 銀行名 四国銀行
支店番号 104 支店名 県庁
 銀行振込 預金種別 普通 当座 預金番号 0046452
口座名義(カナ) フクシカズコ 濁点も含めて1文字としてください。
口座名義(漢字) 福祉 和子

* 加入期間が1年未満で退職の場合、平均本俸月額の入力は不要です。 1年未満でも記入

退職所得申告書	退職の区分	生活扶助	その年の1月1日の住居	平均本俸月額
<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	本俸月額は、本俸+特殊業務手当の合計額 平均本俸月額は、退職前12ヶ月の本俸月額の平均 (円未満は切捨て)
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる	234500 円

↑ 加入期間が1年未満の場合は記入不要

現住所と異なる場合

郵便番号
フリガナ
都道府県
市郡町村名
フリガナ
字・番地等

【注意事項】

1. 太枠には黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 該当する箇所に、レ印もしくは文字・数字等を記入してください。
3. 退職者が死亡した場合には、様式第3号- (2)退職届及び退職(遺族)給付金請求書により提出してください。
4. 平均本俸月額は、退職前12ヶ月の本俸月額の平均です。
5. 本俸月額は、本俸+特殊業務手当の合計額です。

受付印

- * 1年未満の場合でも共済契約法人あてに提出
- * 共済契約法人で保管。県社協あてに提出は不要です。

年 月 日 税務署長 市町村長 殿		年分 退職所得の受給に関する申告書		退職所得申告書		受給者受付印			
退職手当の支払者の 支払者の	所在地 (住所)	〒		現住所	〒		あなた の 個人番号		
	名称 (氏名)			氏名					
	法人番号 (個人番号)	※提出を受けた退職手当の支払者が記載してください。		その年1月1日現在の住所					
このA欄には、全ての人が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)									
A	① 退職手当等の支払を受けること となった年月日	年 月 日		③ この申告書の提出先から 受ける退職手当等について の勤続期間	自 年 月 日	年	A③ 自：就職日 至：退職日		
	② 退職の区分等	一般 [] 生活 障害 扶助	の 有・無	うち 特定役員等勤続期間	有無	自 年 月 日		年	
あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。									
B	④ 本年中に支払を受けた他の 退職手当等についての勤続期 間	自 年 月 日 至 年 月 日		⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日	年	年以下の端数 は切り上げ		
	うち特定役員等勤続期間	有無	自 年 月 日	年	うち 特定役員等勤続期間	有無		自 年 月 日	年
あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。									
C	⑥ 前年以前4年内(その年に確定 拠出年金法に基づく老齢給付金と して支給される一時金の支払を受 ける場合には、14年内)の退職手 当等についての勤続期間	自 年 月 日 至 年 月 日		⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、 ⑥の勤続期間と重複して いる期間	自 年 月 日	年	年		
	うち特定役員等勤続期間	有無	自 年 月 日	年	⑧ うち 特定役員等勤続期間	有無		自 年 月 日	年
A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。									
D	⑧ Aの退職手当等についての 勤続期間(③)に通算され た前の退職手当等について の勤続期間	自 年 月 日 至 年 月 日		⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、 ⑧又は⑨の勤続期間だけ からなる部分の期間	自 年 月 日	年	年		
	うち 特定役員等勤続期間	有無	自 年 月 日	年	⑪ うち 特定役員等勤続期間	有無		自 年 月 日	年
	⑨ Bの退職手当等についての 勤続期間(④)に通算され た前の退職手当等について の勤続期間	自 年 月 日 至 年 月 日		⑫ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日	年		年	
	うち 特定役員等勤続期間	有無	自 年 月 日	年	⑬ うち ⑪と⑫の通算期間	有無			自 年 月 日
B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。									
E	区分	退職手当等の支払を受けること となった年月日	収入金額 (円)	源泉徴収額 (円)	特別徴収税額 市町村民税 (円)	道府県民税 (円)	支払を受けた 年月日	退職の 区分	支払者の所在地 (住所)・名称(氏名)
	B	一般	・	・	・	・	・	一般 障害	
	C	特定 役員	・	・	・	・	・	一般 障害	

(注意) 1 この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。

2 Bの退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。

3 支払を受けた退職手当等の金額の計算の基礎となった勤続期間に特定役員等勤続期間が含まれる場合は、その旨並びに特定役員等勤続期間、年数及び収入金額等を所定の欄に記載してください。

27.06改正

退職手当の支払者が、申告書を提出する本人のマイナンバーなどの事項を記載した帳簿(注)を備えているときは、マイナンバーの記載を要しない。(平成29年分以後の所得税について適用)

1. 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書
2. 従たる給与についての扶養控除等(異動)申告書
3. 退職所得の受給に関する申告書
4. 公的年金等の受給者の扶養親族等申告書

(注) 上記1~4の申告書の提出前に、これらの申告書の提出を受けて作成された帳簿に限る。

退職届及び退職給付金請求書(年金)

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

下記のとおり退職したので、退職給付金(年金)を請求します。

(下記退職者口座に約款のとおりお支払い下さい。)

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会
 代表者 〇〇 〇〇

印

契約者番号 施設番号
 0000 - 00000

施設名 ふくし交流プラザ

掛金支払い最終月
 2023年 11月

退職年月日(西暦)
 2023年 11月 30日

職員番号(右詰記入)	職員氏名(フリガナ)	退職事由
000000	アサクラ シゲコ	
	朝倉 茂子	01 定年 03 自己都合 09 その他 ()

受給者住所等

郵便番号 7808567

フリガナ コウチシアサクラ

都道府県 高知県

市郡町村名 高知市朝倉

フリガナ ボ

字・番地等 戊375-1

受領方法等

銀行番号 0175

支店番号 104

銀行振込 | 預金種別 普通 当座

銀行名 四国銀行

支店名 県庁

預金番号 0046452

口座名義(カナ) アサクラ シゲコ

口座名義(漢字) 朝倉 茂子

姓と名の間にスペースは入れないで下さい。

濁点も含めて1文字としてください。

その年の1月1日の住所

現住所と同じ

現住所と異なる

平均本俸月額 175670円

現住所と異なる場合

郵便番号

フリガナ

都道府県

市郡町村名

フリガナ

字・番地等

【注意事項】

1. 太枠には黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 該当する個所に、レ印もしくは文字・数字等を記入してください。
3. 退職者が死亡した場合には、様式第3号-(2)退職届及び退職(遺族)給付金請求書により提出してください。
4. 平均本俸月額とは退職前12ヶ月の平均本俸月額です。
5. 本俸月額は、本俸+特殊業務手当の合計額です。

受付印

被共済職員加入届

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

高知県民間社会福祉施設職員退職給付金共済契約約款を承諾の上、被共済職員として加入致します。

契約者番号 000	施設番号 00000	契約者名 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会	印
		代表者名 代表者〇〇 〇〇	
		施設名 ふくし交流プラザ	

加入年月(西暦) 2016年10月	【職種コード】	01 施設長 02 指導員 03 保育士 04 介護職員 05 医師 06 看護師 07 訓練指導員 08 栄養士 09 調理員	10 事務員 11 介助員 12 ホームヘルパー 13 介護支援専門員 14 施設職員でその他の種別 15 社会福祉協議会職員 16 福祉団体職員 17 法外施設職員
----------------------	---------	--	--

掛金徴収月(加入月)を記入してください。

フリガナ フクシ	フリガナ カズコ
姓(漢字) 福祉	名(漢字) 和子
① 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	濁点も含めて1文字としてください。
② 生年月日(西暦) 1980年11月20日	
③ 就職年月日(西暦) 2015年10月01日	
④ 本俸月額 150000 円	加入者承諾印
⑤ 職種 職種名 保育士 コード 03	

④「本俸月額」は、本俸+特殊業務手当の合計額を記入してください。
日給月給制の場合は「日給×21(日)」の額です。
⑤「職種コード」欄は、「職種コード表」から番号を選択し記入してください。

【注意事項】

1. 太枠内はすべて黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 加入者承諾印欄には本人の承諾印を押してください。
3. ①性別欄は、該当する所にレ印を記入してください。
4. ④「本俸月額」は、本俸+特殊業務手当の合計額を記入してください。
日給月給制の場合は「日給×21(日)」の額です。
5. ⑤「職種コード」欄は、「職種コード」から番号を選択し記入してください。

受付印

訂正例
 正) 160,000円
 誤) 150,000円
 訂正は訂正例のとおりをお願いします。
 太枠内に訂正印は押さないでください。

被共済職員氏名等変更届

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

被共済職員の名等変更がありましたのでお届けします。

契約者番号 000	施設番号 0000	契約者名 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会	印
		代表者名 代表者 ○○ ○○	
		施設名 ふくし交流プラザ	

被共済職員番号 00000	フリガナ ヤマカワ カズコ
	被共済職員名 (氏名変更時は旧氏名) 山川 和子
訂正の種類 (必ず1カ所にレ印を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更届 <input type="checkbox"/> 掛金中断届 <input type="checkbox"/> 掛金復活届

* 本用紙1枚につき、訂正の種類は1項目としてください。

■氏名変更届

濁点も含めて1文字としてください。

区分	姓	名
フリガナ	フクシ	カズコ
改姓後の氏名	福祉	和子
変更年月日	2023年 10月 31日	

■掛金中断届・掛金復活届

開始年月日	年 月 01日 ~
復活年度4月1日時の本俸月額	円
異動の事由	

【注意事項】

1. 太枠内はすべて黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 訂正の種類欄には、該当するところにレ印を記入してください。
3. 本用紙1枚につき、訂正事項を1種類しか記入しないでください。

受付印

被共済職員氏名等変更届

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

被共済職員の名等変更がありましたのでお届けします。

契約者番号 000	施設番号 00000	契約者名 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会	印
		代表者名 代表者〇〇 〇〇	
		施設名 ふくし交流プラザ	

被共済職員番号 00000	フリガナ 被共済職員名 (氏名変更時は旧氏名)	フクシ カズコ 福祉 和子
訂正の種類 (必ず1カ所にレ印を記入してください)	<input type="checkbox"/> 氏名変更届 <input checked="" type="checkbox"/> 掛金中断届 <input type="checkbox"/> 掛金復活届	

* 本用紙1枚につき、訂正の種類は1項目としてください。

■氏名変更届

区 分	姓	名
フリガナ		
改姓後の氏名		
変更年月日	年 月 日	

中断の届出の場合は、開始年月・事由を記入
復活の場合は、復活年月・本俸月額・事由を記入

■掛金中断届・掛金復活届

開始年月日	年 月 日 ~	
復活年度4月1日時の本俸月額	円	復活年度4月1日に休職している場合は、復職時の本俸月額を記入してください。
異動の事由		

【注意事項】

1. 太枠内はすべて黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 訂正の種類欄には、該当するところにレ印を記入してください。
3. 本用紙1枚につき、訂正事項を1種類しか記入しないでください。

受付印

職種コード

前年度の職種(記載している職種)から変更が生じた場合のみ記入してください。

本 俸 月 額 変 更 届

変更後本俸月額

上限は485,000円です。
前年度と同じ金額の場合でも記入してください。
対象外コードを記入した場合は空欄にしてください。

対象外コード

退職・中断中(休職中)・継続異動・施設配置換の場合には、下記の対象外コード表により記入してください。

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

平成 年 月 日現在、被共済職員の本俸月額を変更したのでお届けします。

契約者名 法人1
代表者名 ○○○○○○○○○○○○

印

契約者番号	施設番号
001	0101

施設名	施設101
-----	-------

被共済職員番号	被共済職員氏名	変更後本俸月額(円)	職種名	職種コード	対象外コード
00001	加入者1	485000	施設長		
00002	加入者2	300000	その他 事務員	14	
00003	加入者3	245000	介護職員		
00004	加入者4		指導員		1
00005	加入者5	310000	介護支援専門員		
00006	加入者6	300000	事脱員		
00007	加入者7		栄養士		2
00008	加入者8	280000	看護師		
00009	加入者9	200000	調理員		
00010	加入者10		事務員		3
00011	加入者11	185000	看護師 介護職員	06	
00012	加入者12	180000	看護師		

本俸月額合計

2475000

訂正例
欄外で訂正の表示をしてください。
加入者12

(正) 170,000 法人印
(誤) 180,000

本俸月額合計欄

このページの合計額を記入してください。
(1施設で複数ページある場合は小計となります。)

【職種コード】		
01 施設長	07 訓練指導員	13 介護支援専門員
02 指導員	08 栄養士	14 施設職員でその他の種別
03 保育士	09 調理員	15 社会福祉協議会職員
04 介護職員	10 事務員	16 福祉団体職員
05 医師	11 介助員	17 法外施設職員
06 看護師	12 ホームヘルパー	

【対象外コード】		
1-退職	2-中断中	3-継続異動
4-施設配置換		

【注意事項】

1. 太枠内はすべて黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 「職種コード」欄は、前年度(職種欄を参照)の職種から変更が生じた場合のみ、「職種コード」から番号を選択し記入してください。
3. 「対象外コード」欄は、該当があれば番号を選択し記入してください。
4. 加入者及び氏名変更等は、本用紙で変更記入しないでください。

受付印

様式第9号- (1)

被共済職員 同一法人内配置換・共済契約者間継続異動届

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

被共済職員の配置換及び継続異動がありましたのでお届けします。

■配置換前・継続異動前 (配置換前の施設において記入してください。)

契約者番号 000	施設番号 0000	契約者名 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会	印
		代表者名 代表者〇〇 〇〇	
		施設名 ふくし交流プラザ	

被共済職員番号 00000	フリガナ 被共済職員名	フクシ タロウ 福祉 太郎
異動の種類 (必ず1ヶ所にレ印を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 配置換届 <input type="checkbox"/> 継続異動届	

■配置換届 (配置換後の施設において記入してください。)

4月2日以降に被共済職員になった場合は、加入時の本俸月額を適用します。

配置換年月 2017年 03月	配置換年度4月1日の本俸月額 (注意事項5) 160000円
配置換後施設名 社会福祉プラザ	配置換後施設番号 0001
職種名 介護職員	職種コード 04

■継続異動届 (異動後の契約者において記入してください。)

異動年月 年 月	異動時の本俸月額 円
異動後の契約者名 代表者名	異動後の契約者番号 施設番号
異動後の施設名	契約者番号 施設番号
職種名	職種コード

確認印

受付印

【職種コード】	06 看護師	12 ホームヘルパー
01 施設長	07 訓練指導員	13 介護支援専門員
02 指導員	08 栄養士	14 施設職員でその他の種別
03 保育士	09 調理員	15 社会福祉協議会職員
04 介護職員	10 事務員	16 福祉団体職員
05 医師	11 介助員	17 法外施設職員

【注意事項】

1. 太枠内はすべて黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 異動の種類欄には、該当するところのレ印を記入してください。
3. 「職種コード」欄は、「職種コード」から番号を選択し記入してください。
4. 本用紙1枚につき、訂正事項を1種類しか記入しないでください。
5. 4月2日以降に被共済職員になった場合は、加入時の本俸月額を適用します。

様式第9号- (1)

被共済職員 同一法人内配置換・共済契約者間継続異動届

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

被共済職員の配置換及び継続異動がありましたのでお届けします。

■配置換前・継続異動前（継続異動前の法人が記入してください。）

契約者番号 000	施設番号 0000	契約者名 社会福祉法人 高知県社会福祉協議会	印
		代表者名 代表者〇〇 〇〇	
		施設名 ふくし交流プラザ	

被共済職員番号 00000	フリガナ 被共済職員名	フクシ タロウ 福祉 太郎
異動の種類 (必ず1ヶ所にレ印を記入してください)	<input type="checkbox"/> 配置換届	<input checked="" type="checkbox"/> 継続異動届

■配置換届（配置換後の施設において記入してください。）

配置換年月 年 月		配置換年度4月1日の本俸月額 (注意事項5) 円	
配置換後 施設名		配置換後 施設番号	
職種名		職種コード	

■継続異動届（異動後の契約者において記入してください。）

異動年月 2017 年 03 月		異動時の本俸月額 170000 円	
異動後の契約者名 代表者名	社会福祉法人福祉会 代表者〇〇 〇〇	異動後の 契約者番号 施設番号	契約者番号 施設番号 001 - 0000
異動後の施設名	山川園		
職種名	介護職員	職種コード	04

異動後の法人の
印鑑
確認印

【職種コード】	06 看護師	12 ホームヘルパー
01 施設長	07 訓練指導員	13 介護支援専門員
02 指導員	08 栄養士	14 施設職員でその他の種別
03 保育士	09 調理員	15 社会福祉協議会職員
04 介護職員	10 事務員	16 福祉団体職員
05 医師	11 介助員	17 法外施設職員

【注意事項】

1. 太枠内はすべて黒ボールペンで記入し、訂正しないでください。
2. 異動の種類欄には、該当するところのレ印を記入してください。
3. 「職種コード」欄は、「職種コード」から番号を選択し記入してください。
4. 本用紙1枚につき、訂正事項を1種類しか記入しないでください。
5. 4月2日以降に被共済職員になった場合は、加入時の本俸月額を適用します。

受付印

職 種 コ ー ド 表

職種名	職種コード	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等
保育士	03	保育士(保母・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等
医師	05	医師
看護師	06	看護師・准看護師・保健師
訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員等
栄養士	08	栄養士
調理員	09	調理員・調理師等
事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長
介助員	11	介助員
ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人
介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー
施設職員でその他の種別	14	施設長から介護支援専門員までのいずれの職種にも該当しないもの(たとえば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技師等)

* 独立行政法人福祉医療機構と同じ職種コードになっています。

西曆一覽表

昭和	西曆	昭和	西曆
13 年	1938 年	64	1989
14	1939	元	
15	1940	2	1990
16	1941	3	1991
17	1942	4	1992
18	1943	5	1993
19	1944	6	1994
20	1945	7	1995
21	1946	8	1996
22	1947	9	1997
23	1948	10	1998
24	1949	11	1999
25	1950	12	2000
26	1951	13	2001
27	1952	14	2002
28	1953	15	2003
29	1954	16	2004
30	1955	17	2005
31	1956	18	2006
32	1957	19	2007
33	1958	20	2008
34	1959	21	2009
35	1960	22	2010
36	1961	23	2011
37	1962	24	2012
38	1963	25	2013
39	1964	26	2014
40	1965	27	2015
41	1966	28	2016
42	1967	29	2017
43	1968	30	2018
44	1969	31	2019
45	1970	令和	元
46	1971	2	2020
47	1972	3	2021
48	1973	4	2022
49	1974	5	2023
50	1975		
51	1976		
52	1977		
53	1978		
54	1979		
55	1980		
56	1981		
57	1982		
58	1983		
59	1984		
60	1985		
61	1986		
62	1987		
63	1988		

書き方のポイント

記入する文字	記入上のポイント	誤読されやすい形		
		U (英)	O (英)	C (英)
0	線を確実につなぐ	U	O	C (英)
	突き出さない	6	D	D, V (英)
	輪を大きく	6		
	円にしない	o	o	O (英)
	飾りをつけない	ø		
	垂直にまっすぐ	/	/	ノ (カナ)
1	余分な飾りはいらない	I	1	イ (カナ)
	長すぎず、小さすぎない	1	1	、 (記)
	はねない	L	J	リ (記)
		1	1	
2	下の横線は真横、水平	2	2	ス (カナ)
	ループをつくらない	2	2	Z (英)
	横線を右斜にはねない	2	2	
	湾は深く、まるく	2	2	リ (英)
3	中央部を突き出す	3		
	くぼみをはっきりつける	3		
	湾は深く、まるく	3	3	7 (数)
	輪をつくらない	8	3	9 (数)
4	斜めにたおさない	4	4	ヨ (カナ)
	輪をつくらない	4	4	0 (数)
	角をはっきりつける	4	4	
	間隔をあける	4	4	
	線は十分長く	4	4	0 (英)
	角を突き出さない	4	4	

	記入上のポイント	誤読されやすい形		
		6 (数)	5 (英)	9 (数)
5	縦線を突き出す	6		
	横線は突き出さない	5	ち (かな)	
	横線は水平に	5	S (英)	
	湾は大きく	5	ト (カナ)	
6	線を長く	6	0 (数)	0 (英)
	丸はつなぐ	6	し (かな)	C (英)
	輪は大きく	6	1 (数)	L (英)
	線は突き出さない	6	D (英)	
7	カギをつける	7	フ (カナ)	1 (数)
	カギは垂直に	7	ク (カナ)	
	余分な飾りをつけない	7	又 (カナ)	M (英)
	脚は垂直に	7	ワ (カナ)	
8	線を確実につなぐ	8	S (英)	6 (数)
	ループを大きく	8	9 (数)	6 (数)
	交点をX字形に	8	B (英)	
	下の円を上より小さくしな	8		
9	輪はつなぐ	9	4 (数)	
	縦線は長くのばす	9	O (数)	
	輪は縦線の左に	9	P (英)	
	輪をつぶさない	9	7 (数)	