様式１０号

折曲厳禁

異 動 通 知 書

公益財団法人　神奈川県福利協会理事長　殿　　作成年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

次のとおり異動を承認しましたので、連名でお届けします。

異動前・施設団体等	
	事業所番号（右づめでご記入ください。）□□□□
	（共済契約者等）
	施設等名
	代表者名　㊞
	電話番号

異動後・施設団体等	
	事業所番号（右づめでご記入ください。）□□□□
	（共済契約者等）
	施設等名
	代表者名　㊞
	電話番号

【異動前・施設団体等記入欄】

フリガナ	標準給与月額
加入者 氏　名	□□□,000

【異動前・施設団体等記入欄】

加入者番号（右づめでご記入ください。）
←事業所番号→
□□□□□□□□□

異動（退職）年月日

（西暦）　年　　月　　日

2 0 □□　□□　□□

共済掛金拠出

□□月分まで

【異動後・施設団体等記入欄】

加入者番号（右づめでご記入ください。）
←事業所番号→
□□□□□□□□□

職種番号

□□

【作成にあたっての注意】

1 異動は、本会共済制度に加盟している共済契約者の施設・団体に転職する場合で、加入期間を継続する場合提出してください。（ただし、掛金納付期間に空白ができない場合のみ）

2 □には黒のボールペン等消えない筆記具で枠からはみ出さないように明りょうに記入してください。

3 この届は、「異動前・施設団体等」において作成（太枠をすべて記入し押印する。）のうえ「異動後・施設団体等」へ本紙を送付してください。なお、標準給与月額は、「異動前・施設団体等」で記入してください。

4 職種番号は、右の職種番号表により記入してください。

5 「異動後・施設団体等」では、「異動前・施設団体等」から送付されてきた本異動通知書の異動後・施設団体等欄をご記入・押印のうえ本紙を福利協会へ提出してください。

6 福利協会で処理後、異動通知書施設負担金累計額通知書をそれぞれの施設団体へ送付します。

職種番号		
01施設長	02指導員	03保育士
04介護職員	05栄養士	06調理員
07看護師	08医師	09事務員
10訓練指導員	11介護支援専門員	12介助員
13ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ	14その他	

※福利協会使用欄

事務局長	事務局次長	事務局	主任	内容	電算処理