

基準日は毎月1日です。

月の途中で採用された場合は、翌月の加入になります。

※加入年月の翌月の10日までに届かない場合、遡及しての加入はできません。

様式1

### 共済資格取得届

2000年4月1日

作成日を記入  
ください。

一般社団法人  
埼玉県社会福祉事業共助会理事長 様

施設代表者印を  
押印ください。

加入年月(西暦) 施設団体番号 施設団体名 埼玉園  
200004 0950 浦和一部  
所属長名  
電話番号 048(831)7547

濁点、半濁点は  
同じマス内に記  
入ください。

加入者 姓 加入者 名  
オケガワ ハナコ  
桶川 花子  
職種 生年月日(西暦) 性別 標準報酬  
04 19870901 男:1 2 200000  
女:2

数字を記入く  
ださい。

右下の職種コード  
表に基づき記入く  
ださい。

加入者 姓 加入者 名  
カワグチ タロウ  
川口 太郎  
職種 生年月日(西暦) 性別 標準報酬  
10 19991129 男:1 1 180000  
女:2

「退職共済標準  
報酬等級掛金  
表」に基づき記  
入ください。

加入者 姓 加入者 名  
職種 生年月日(西暦) 性別 標準報酬  
男:1 女:2 000

共助会受付印

ご注意

1. 文字・数字は枠内中央にはっきりとお書き下さい。
2. 職種は右の職種コード表によって記入して下さい。
3. 濁点・半濁点は、「ダ:バ」のように文字と同じマス内に記入して下さい。

<提出期限各月10日迄>

施設長	01	栄養士	08
相談・支援・指導員	02	調理員	09
保育士	03	事務員	10
介護職	04	ホームヘルパー	12
医師・セラピスト	05	運転手	13
看護師	06	介護支援専門員	14
事務(局)長	07	その他 職種	99