

様式一覧

*様式名に○印が付いているものは、本会ホームページからダウンロードが可能です。ダウンロードの方法は「高知県社会福祉協議会ホームページのご案内」を参照してください。(P89)

(1) 共済契約者に関する届出

届出様式	様式番号	頁	記入方法頁
○退職給付金共済契約申込書	第1号- (1)	21	33
○共済契約者変更届	第2号- (1)	22	34
退職給付金共済契約解除届 *解除をご検討の際は、事務局までご連絡ください。	第10号- (1)	23	—
掛金預金口座振替依頼書 (3枚複写)		24	35
○掛金引落口座名義変更届		25	36

(2) 被共済職員に関する届出

届出様式	様式番号	頁	記入方法頁
○退職届及び退職給付金請求書	第3号- (1)	26	37
○退職届及び退職(遺族)給付金請求書	第3号- (2)	27	—
○被共済職員加入届	第5号- (1)	28	39
○被共済職員氏名等変更届	第6号- (1)	29	40~41
○本俸月額変更届	第8号- (1)	30	42
○被共済職員 同一法人内配置換・共済契約者間 継続異動届	第9号- (1)	31	43~44

退職給付金共済契約申込書

平成 年 月 日 受付 印

--	--

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の規定により別記のものを被共済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めます。

申込者	名 称	代 表 者 職 氏 名							
法人等の名称 及び代表者	(フリガナ)					印			
	住 所	(フリガナ)	郵便番号	電話番号	FAX番号		メールアドレス		
社会福祉施設の名称 (フリガナ)	社会福祉施設の住所 (フリガナ)	加入年月日	施設種類	郵便番号	電話番号	FAX番号	施設メールアドレス	書類送付先 契約者	

【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。
 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。

様式第2号一(1)

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。

平成 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

受	付 印

契約者番号	施設番号	施設名	変 更	後	変 更	前
変更事項						
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 (フリガナ)	()		
団体・施設の種類						
休・廃止・移管他						
異動年月日	平成	年	月	日		

退職給付金共済契約解除届

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

下記のとおり、すべての被共済職員の同意を得たので、退職給付金共済契約を解除します。

契約者番号	—	施設番号	契約者名 代表者名	印
□□□		□□□□	施設名	

解除届出年月日	平成	年	月	日	
解除の理由					

・解除同意書

被共済職員番号	被共済職員氏名	印	被共済職員番号	被共済職員氏名	印

【注意事項】
 契約の解除は共済契約約款第12条第1項により被共済職員（全員）の同意を得なければならぬので、同意書欄には全員の署名捺印を必要とします。

受 付 印


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 平成 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	口座番号
	金融機関コード	0175	店番号	1. 普通 2. 当座	
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 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) () (備考)	精査
		印鑑照合
		受付印

県社協 使用 欄	契約者番号	施設番号	共済契約者名 代表者職名・氏名 施設名	印
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	適用開始年月			
	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月			

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

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。)

申告書 提出確認	源泉徴収票 貼付希望

契約者番号 [][][][]	施設番号 [][][][][]	契約者名 代表者名	印
		施設名	

掛金支払い最終月 [][][]年 [][]月	退職年月日(西暦) [][][]年 [][]月 [][]日		
職員番号(右語記入) [][][][][]	職員氏名(フリガナ) [][][][][][][][]	印	退職事由 [][] 01 定年 08 犯罪又は非行 02 移管・廃止 09 その他 03 自己都合

受給者住所等	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

受領方法等	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込	銀行番号 [][][][]	銀行名 [][][][][][]
		支店番号 [][][]	支店名 [][][][][][]
		預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	預金番号 [][][][][][][][]
		口座名義(カナ) []	
		口座名義(漢字) []	

* 加入期間が1年未満で退職の場合、平均本俸月額の記事は不要です。

退職所得申告書 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退職の区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害	生活扶助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その年1月1日現在の住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	平均本俸月額 (円未満は切捨て) [][][][][][][] 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

退職届及び退職（遺族）給付金請求書

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（死亡）したので、退職（遺族）給付金を請求します。
（下記口座にお支払い下さい。）

契約者番号	施設番号	契約者名	印
<input type="text"/>	<input type="text"/>	代表者名	
		施設名	

掛金支払い最終月	退職（死亡）年月日（西暦）
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

職員番号（右詰記入）	職員氏名（フリガナ）	退職事由
<input type="text"/>		04 死亡

平均本俸月額 円

受給者住所等	郵便番号	<input type="text"/>
	フリガナ 都道府県 市郡町村名	<input type="text"/>
	フリガナ 字・番地等	<input type="text"/>
	フリガナ 氏名	<input type="text"/>
	印	生年月日 (年齢)
		M・T・S・H → 年 月 日生(歳)
	電話番号 () -	続柄 <input type="text"/>

受領方法等	銀行番号	<input type="text"/>	銀行名	<input type="text"/>	
	支店番号	<input type="text"/>	支店名	<input type="text"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	預金番号	<input type="text"/>
		口座名義（カナ）	<input type="text"/>		
		口座名義（漢字）	<input type="text"/>		

【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、文字・数字・○等を記入してください。
3. 遺族であることを明らかにすることができる戸籍抄本等を添付してください。
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

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 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	施設番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	契約者名 代表者名 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	印
施設名 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

加入年月(西暦) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 月	【職種コード】 <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 33%;">01 施設長</td> <td style="width: 33%;">10 事務員</td> </tr> <tr> <td>02 指導員</td> <td>11 介助員</td> </tr> <tr> <td>03 保育士</td> <td>12 ホームヘルパー</td> </tr> <tr> <td>04 介護職員</td> <td>13 介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>05 医師</td> <td>14 施設職員でその他の種別</td> </tr> <tr> <td>06 看護師</td> <td>15 社会福祉協議会職員</td> </tr> <tr> <td>07 訓練指導員</td> <td>16 福祉団体職員</td> </tr> <tr> <td>08 栄養士</td> <td>17 法外施設職員</td> </tr> <tr> <td>09 調理員</td> <td></td> </tr> </table>	01 施設長	10 事務員	02 指導員	11 介助員	03 保育士	12 ホームヘルパー	04 介護職員	13 介護支援専門員	05 医師	14 施設職員でその他の種別	06 看護師	15 社会福祉協議会職員	07 訓練指導員	16 福祉団体職員	08 栄養士	17 法外施設職員	09 調理員	
01 施設長	10 事務員																		
02 指導員	11 介助員																		
03 保育士	12 ホームヘルパー																		
04 介護職員	13 介護支援専門員																		
05 医師	14 施設職員でその他の種別																		
06 看護師	15 社会福祉協議会職員																		
07 訓練指導員	16 福祉団体職員																		
08 栄養士	17 法外施設職員																		
09 調理員																			

フリガナ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	フリガナ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
姓 (漢字) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	名 (漢字) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
① 性別	男 - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 女 - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
② 生年月日(西暦)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 日
③ 就職年月日(西暦)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 日
④ 本俸月額	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
⑤ 職種	職種名 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> コード <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

加入者承諾印

【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

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

被共済職員の氏名等変更がありましたのでお届けします。

契約者番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	施設番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	契約者名 代表者名 施設名	印
--	---	-------------------------	---

被共済職員番号 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	フリガナ 被共済職員名 (氏名変更時は旧氏名)	
訂正の種類 <small>(必ず1カ所にレ印を記入してください)</small>	<input type="checkbox"/> 氏名変更届	<input type="checkbox"/> 掛金中断届
<input type="checkbox"/> 掛金復活届		

■氏名変更届

区 分	姓	名
フリガナ	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
改姓後の氏名	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
変更年月日	年 月 日	

■掛金中断届・掛金復活届

開始年月日	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 日 ~
復活年度4月1日時の本俸月額	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 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

様式第9号一(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

契約者番号	施設番号	契約者名 代表者名	印
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		施設名	

被共済職員番号	フリガナ	
<input type="text"/>	被共済職員名	
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 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		当該年度4月1日の本俸月額(注意事項5参照)	
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		<input type="text"/> 円	
配置換後 施設名		配置換後 施設番号	<input type="text"/>
職種名		職種コード	<input type="text"/>

■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		異動時の本俸月額	
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		<input type="text"/> 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	契約者番号 施設番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
異動後の施設名			
職種名		職種コード	<input type="text"/>

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、異動の種類を1種類しか記入しないでください。
5. 4月1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