


## 4. 申請中一覧について

各申請の状態の確認や再印刷ができます。

- 1 ログイン後、申請内容から申請項目を選択し、【検索】ボタンをクリックしてください。

 電子申請システム ログイン施設番号：9999 / ログイン施設名：仮共済会 / ログイン者氏名：共済会（曾我）

申請中一覧 ※不明な点は[こちらからマニュアル](#)をご覧ください。

1 申請内容

- 2 再印刷したい場合は、申請種類の該当申請を選択し、【再印刷】ボタンをクリックしてください。

※新規加入申請の印刷は、登録時が複数で登録した場合も1名ずつの印刷になります。

※承認後の申請は、一定期間経過後に履歴が削除されます。

 電子申請システム ログイン施設番号：9999 / ログイン施設名：仮共済会 / ログイン者氏名：共済会（曾我）

申請中一覧 ※不明な点は[こちらからマニュアル](#)をご覧ください。

2 申請内容

申請種類	申請登録日	状態
<input type="checkbox"/> 新規加入申請 岐阜 花子	2024/01/11	承認待ち
<input type="checkbox"/> 新規加入申請 共済 太郎	2024/01/11	承認待ち
<input type="checkbox"/> 新規加入申請 大垣 一朗	2024/01/11	承認待ち
<input type="checkbox"/> 退会/支払申請 共済 太郎1	2024/01/11	承認待ち
<input type="checkbox"/> 休職申請 休職 共済 太郎1	2024/01/15	承認待ち
<input type="checkbox"/> 変更(氏名)申請 共済 太郎2	2024/01/15	承認待ち
<input type="checkbox"/> 異動申請(異動前) 共済 太郎1	2024/01/16	承認待ち
<input type="checkbox"/> 新標準給与申請 仮共済会	2024/01/16	承認待ち
<input type="checkbox"/> 互助給付金申請 共済 太郎1	2024/01/16	承認待ち
<input type="checkbox"/> 共済契約者指定振込口座変更申請	2024/01/17	承認待ち
<input type="checkbox"/> 共済契約者氏名等変更申請	2024/01/18	承認待ち

1 to 11 of 11 << Page 1 of 1 >>

(2024.04)  
様式 第6号 - (1)

共済会受付日付印

## 加入申込書

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 申込日 2024年 1月 11日

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会業務運営規程を承諾のうえ、下記職員の加入を申し込みます。

施設・団体番号	9 9 9 9
共済契約者又は施設等所在地名称代表者名等電話番号	岐阜県岐阜市下奈良2-2-1 社会福祉法人 岐阜県共済会 仮共済会 施設長 共済テスト1 <span style="float: right;">㊟</span> 058-201-1592
担当者 : 共済会 (曾我)	

岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会について説明を受け、業務運営規程を承諾しましたので加入を申し込みます。

【通常掛金の申込】

フリガナ 加入者氏名	加入者 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	雇用区分	標準給与 月額(円)
共済 太郎		20000101	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	20240401	10 事務員	正規	100,000
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			

【2倍掛金の申込】 独立行政法人福祉医療機構又は中小企業退職金共済事業に加入していません。

フリガナ 加入者氏名	加入者 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	雇用区分	標準給与 月額(円)
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			

【1/2掛金の申込】 非正規職員もしくは加入月の月末時点で55歳以上である正規職員です。

フリガナ 加入者氏名	加入者 申込印	生年月日 (西暦)	性別	加入年月日 (西暦)	職種コード 職種	雇用区分	標準給与 月額(円)
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			

【注意事項】

- ① この用紙を共済会へ提出してください。
- ② 掛金納付開始月は、会員となった日の属する月からとなります。
- ③ 独立行政法人福祉医療機構又は中小企業退職金共済事業に加入している職員は、2倍掛金に加入できません。
- ④ 1/2掛金加入条件は、2024年4月1日以降の加入で、非正規職員もしくは加入月の月末時点で55歳以上である正規職員。
- ⑤ 1/2掛金に加入する際は、共済会が非正規職員を確認するための雇用契約書等を提出してください。
- ⑥ 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。

< 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。