

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案
				年 月 日 決裁

勤 務 形 態 変 更 届

※適用事業所に雇用されている従業員の勤務形態に変更があった場合に提出をしてください。

※太枠のみご記入ください。

被保険者証記号番号		個人番号 (12ケタ)																		
従業員組合員氏名	フリガナ	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	第 種	等級												
	<p>変 更 内 容</p> <p>*該当する番号に○をつけてください。</p> <p>1. 常勤から非常勤（パート）へ変更 <small>※厚生年金資格が非該当になる場合は「厚生年金保険資格喪失確認通知書」の写しを添付してください。</small></p> <p>2. 非常勤（パート）から常勤へ変更 <small>※厚生年金への加入手続きも必要になりますので、健康保険「被保険者適用除外承認申請書」も併せて提出をお願いします。</small></p> <p>*変更後の勤務形態を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務時間（月 日・週 時間・1日 時間） ・就業規則等で定められている一般従業員の勤務状況について記入 <p style="text-align: center;">1月の所定労働日数 日 / 1週の所定労働時間 時間</p>																			
勤 務 先 薬 局	薬局名																			
	所在地																			
	電話番号																			
変 更 年 月 日	令和 年 月 日																			
<p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日（提出日）</p> <p style="text-align: center;">事業主組合員氏名 _____</p> <p>静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p>																				

適除	保台	異動	入力	調定