

登録職員資格喪失届

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

次のとおり登録職員が資格を喪失したので、届け出ます。

届出者	施設番号	施設第	995 号	施設等の名称	健康苑									
	加入施設経営者氏名				理事長									
登録職員番号	フリガナ氏名	生年月日	制度区分	加入年月日	退職等年月日	中断(休業)期間の有無	加入期間	脱退事由	福祉医療機構加入の有無	※ 資産取崩し額				
9950005	ヤマダ ハジメ	昭和 47年2月6日	福利厚生	平成 21年 4月 1日	令和 6年 3月 31日	有・無	15年 0ヶ月	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ()	有・無	本体	円			
	退職本体		平成 21年 4月 1日	第2										
	退職第2		年 月 日	計										
9950020	ノムラ ミチコ	平成 2年4月5日	福利厚生	令和 2年 1月 10日	令和 6年 3月 20日	有・無	4年 3ヶ月	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ()	有・無	本体				
	退職本体		令和 2年 1月 10日	第2										
	退職第2		令和 4年 1月 1日	計										
		年 月 日	福利厚生	年 月 日	年 月 日	有・無	年 月 日	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ()	有・無	本体				
		年 月 日	退職本体	年 月 日	年 月 日	有・無	年 月 日	2 自己都合 3 死亡 4 その他 ()	有・無	第2				
		年 月 日	退職第2	年 月 日	年 月 日	有・無	年 月 日	()	有・無	計				

加入をしている制度について、それぞれの加入年月日をご記ください。

独立行政法人福祉医療機構加入の有無について、○をつけてください。

休業期間及び、第2制度中断期間の有無について、○をつけてください。

注 ・ ※は記入しないでください。