**様式第２号（第７条関係）**

**共済掛金内訳書**

|  |  |
| --- | --- |
| **対象事業所等の名称** |  |
| **対象事業所等の所在地** | **鹿沼市** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **番号** | **従業員住所** | **従業員氏名** | **加入年月日** | **被共済者番号** |
| **１** |  |  | **年　月　日** |  |
| **２** |  |  | **年　月　日** |  |
| **３** |  |  | **年　月　日** |  |
| **４** |  |  | **年　月　日** |  |
| **５** |  |  | **年　月　日** |  |
| **６** |  |  | **年　月　日** |  |
| **７** |  |  | **年　月　日** |  |
| **８** |  |  | **年　月　日** |  |
| **９** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１０** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１１** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１２** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１３** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１４** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１５** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１６** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１７** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１８** |  |  | **年　月　日** |  |
| **１９** |  |  | **年　月　日** |  |
| **２０** |  |  | **年　月　日** |  |

**（注意事項）**

**１　この内訳書は、対象事業所等ごとに記入し、提出してください。**

**２　新たに退職金共済制度に加入し、かつ、前年度において加入期間が連続して１２か月に達した常時雇用する従業員を記入してください。**