

平成25年度

社会福祉施設職員等退職手当共済制度 マニュアル



独立行政法人福祉医療機構
共 済 部

独立行政法人福祉医療機構
は、2005年4月にISO9001
の認証を取得しました。

福祉医療機構 民間活動応援宣言

私たちは、国の政策効果が最大になるよう、地域の福祉と医療の向上を目指して、お客さまの目線に立ってお客さま満足を追求することにより、福祉と医療の民間活動を応援します。

1. 民間では対応が困難な政策金融やNPOへの助成などにより、福祉と医療の向上を目指します。
2. 専門性を磨き、民間活動への支援の質を高め、福祉と医療の向上を目指します。
3. 機構の持つ総合力を発揮し、福祉と医療の連携を支援します。
4. 公共性、透明性及び自主性を発揮し、コンプライアンスを徹底することにより、健全性を確保します。
5. コスト意識を徹底し、効率的な業務運営を行います。
6. 強く明るい職員を目指し、自ら働きがいのある組織として、お客さま満足を追求します。

○退職手当共済制度への加入、契約に関するお問い合わせ

退職共済課契約係 TEL 03(3438)0222
 FAX 03(3438)0584

○退職手当金の支給に関するお問い合わせ

退職共済課管理・給付係 TEL 03(3438)0215
 FAX 03(3438)9261

○当機構ホームページのコンテンツにある「退職手当共済事業」では、退職手当共済事業の概要、各種届出様式等を掲載しています。



<http://hp.wam.go.jp/>

検索

検索サイトで、「福祉医療機構 退職共済」と入力して検索すると、当機構ホームページの「退職手当共済事業」がヒットしやすいのでお試しください。

独立行政法人 福祉医療機構 共済部

〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号 神谷町セントラルプレイス9階

M E M O

目次

I 退職手当共済制度の目的及び特色

1. 制度の目的……………1
2. 特色……………1

II 共済契約に関する事項

1. 共済契約者等
 - (1) 共済契約者……………3
 - (2) 共済契約の解除……………3
2. 加入対象施設等
 - (1) 社会福祉施設等……………5
 - (2) 特定介護保険施設等……………5
 - (3) 申出施設等……………5
 - (4) 社会福祉施設等の転換……………5
 - (5) 高齢者及び障害者サービスを同一事業所で提供している場合……………6
 - (6) 障害者自立支援法の施行に伴う施設・事業の種類の変更……………7
 - (7) 社会福祉施設等・特定介護保険施設等・申出施設等一覧……………9
3. 掛金
 - (1) 単位掛金額……………11
 - (2) 掛金の算出……………11
 - (3) 掛金の納付……………14

III 被共済職員に関する事項

1. 加入対象職員
 - (1) 被共済職員……………15
 - (2) 社会福祉施設等職員・特定介護保険施設等職員・申出施設等職員の区別……………18
 - (3) 兼務職員等の所属……………18
 - (4) 特定介護保険施設等における職員の取扱い……………19
2. 本俸月額
 - (1) 本俸月額とは……………22
 - (2) 本俸月額に関する注意事項……………23
3. 被共済職員期間
 - (1) 被共済職員期間の考え方について……………24
 - (2) 被共済職員期間となる月……………24
4. 合算申出……………28
5. 継続異動……………29
6. その他の合算……………30

(1) 共済契約対象外施設等へ異動した場合の合算	30
(2) 経営者の変更に伴う通算	30
(3) 解除に伴う通算	30
(4) 解除に伴う合算	30

IV 退職手当金に関する事項

1. 退職手当金の計算方式及び計算例	
(1) 計算方式	31
(2) 計算例	33
(3) 退職手当金額早見表	35
2. 「退職手当金請求書・被共済職員退職届」の作成から退職手当金の支給までの流れ	37
3. 「退職手当金請求書・被共済職員退職届」の作成・提出上の留意点	
(1) 事前準備	38
(2) 「退職手当金請求書」・「退職所得申告書」の作成・提出する場合	38
(3) 退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合	39
(4) 1年未満の退職者	39
4. 被共済職員期間の合算	
(1) 被共済職員期間の合算	40
(2) 「被共済職員退職届」の提出	40
(3) 被共済職員期間の合算希望者が、 退職日から2年以内に被共済職員となった場合	40
(4) 被共済職員期間の合算希望者が、 退職日から2年以内に被共済職員とならなかった場合	41
5. 「退職手当金請求書・被共済職員退職届」の記載及び留意点	42
(1) 「退職手当金請求書」の記載例	43
(2) 「被共済職員退職届」の記載例	45
(3) 「退職所得申告書」の記載例	48
(4) よくある記入誤りの例	49
6. 遺族・相続人による請求手続きの留意点	
(1) 遺族が請求する場合(死亡による退職)	52
(2) 相続人が請求する場合(退職後、退職手当金を受け取る前に死亡)	53
7. 支給の制限	
(1) 犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職した場合	54
(2) 遺族であっても退職手当金が支給されない場合	54
(3) 退職手当金の返還請求	54
8. 「退職手当金請求書・被共済職員退職届」の記載事項チェック項目	55

V 共済制度運営上の留意事項

1. 職員への共済制度加入と制度の周知	56
2. 退職手当金に関する規定	57
(1) 制度の運営方式について	57
(2) 加入対象職員について	57

(3) 掛金について	57
(4) 懲戒解雇等された場合の退職手当金について	57
3. 個人情報の保護	58
4. 時効の防止	58
5. 不正退職の防止	59
VI 共済契約者が作成・提出する諸届	
1. 諸届一覧	60
2. 共済契約者の状態に変更が生じた場合の届について	66
3. 諸届の印刷について	68
VII 様式集	69
VIII 共済制度における共済契約者・加入施設・被共済職員・退職者の状況	
1. 都道府県別共済契約者数・加入施設数・被共済職員の状況	162
2. 年齢階級別被共済職員の状況	163
3. 被共済職員期間別被共済職員数の状況	164
4. 職種別被共済職員数・退職者数の状況	165
IX よくある質問集	166
X 加入要件に関わる事例集	173
XI 業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)窓口一覧	177

本文中で使用したマークの意味

以下は本資料で使用したマークです。本資料を読み進める上での目安としてご利用ください。



…【参照ページ】

どのページを参照すればいいか、そのページ番号を表しています。



…【届出書類】

届出書類を表しています。



…【注意】

特に注意しなければならないところを表しています。



…【記入誤り多し】

届出で記入誤りが多いところを表しています。

I . 退職手当共済制度の目的及び特色

1 制度の目的

本制度は、社会福祉法人が経営する社会福祉施設及び特定社会福祉事業(以下「社会福祉施設等」という。)に従事する職員、特定介護保険施設等の職員について退職手当共済制度を確立し、もって社会福祉事業の振興に寄与することを目的としています。

本制度は、社会福祉施設職員等退職手当共済法(昭和36年6月19日法律第155号、以下「共済法」という。)、同法施行令及び同法施行規則並びに社会福祉施設職員等退職手当共済約款に基づいて実施されています。

2 特色

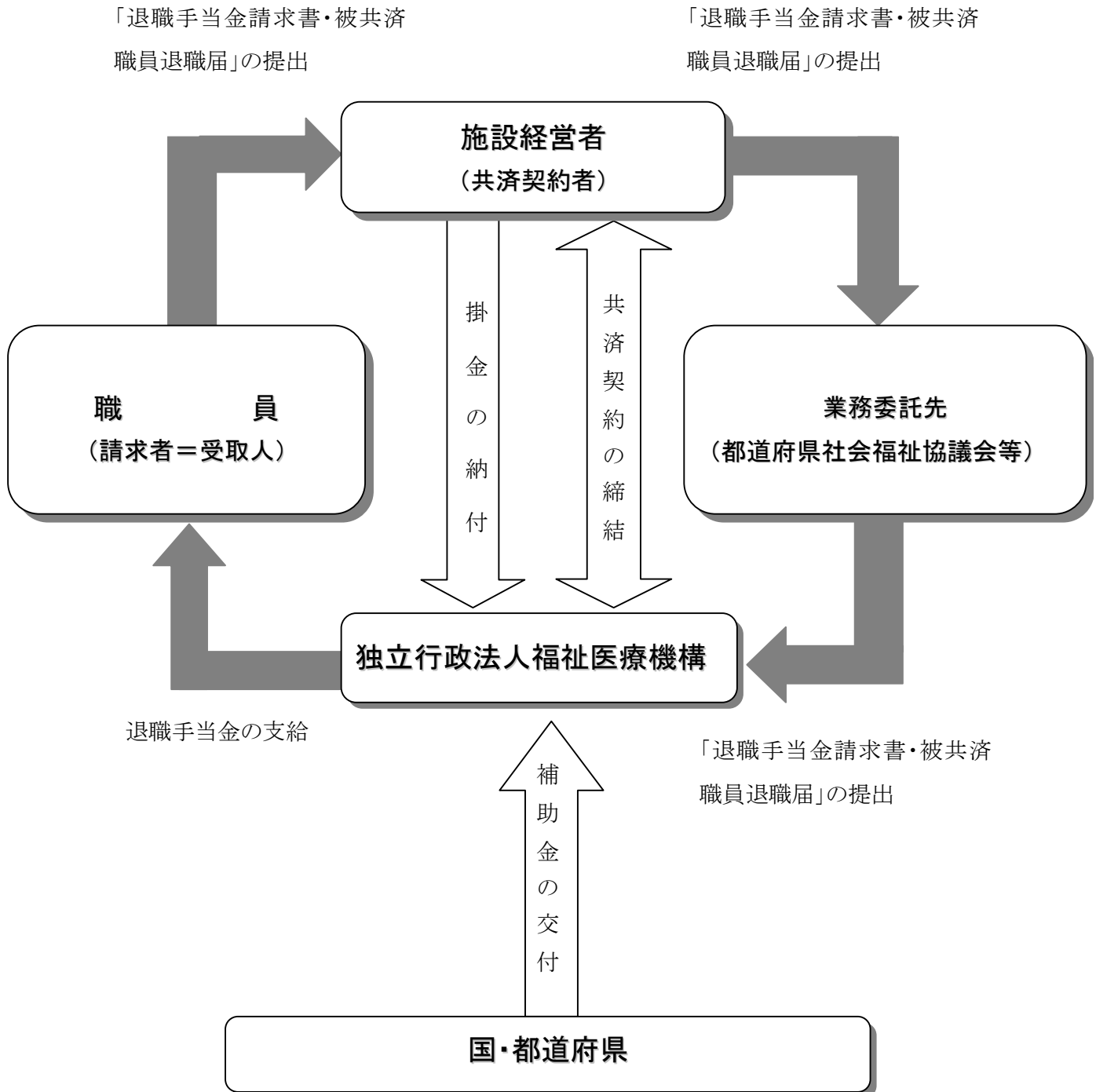
- (1) 退職手当金の支給財源は、共済契約者(経営者)、国及び都道府県の三者による負担となっており、職員の負担はありません(国及び都道府県は原則として社会福祉施設等職員に係る給付費の各3分の1を補助)。
- (2) 財政運営は、賦課方式(※)を採用しており、毎年度の共済契約者の負担する被共済職員 1人当たりの単位掛金額は厚生労働大臣が定めています。
- (3) 退職手当金額の計算方法は、おおむね国家公務員退職手当制度に準じています。
- (4) 被共済職員が退職したときは、退職手当金を退職者本人の口座に直接振込みます。

※ 賦課方式

本制度では、被共済職員ごと(又は共済契約者ごと)に毎年掛金を積立てる方式(積立方式)ではなく、当該年度ごとに退職手当金の支給に必要となる額を共済契約者、国、都道府県が負担する賦課方式を採用しています。(参考:共済法第1条、第18条、第19条、共済法施行令第7条)

本制度は、共済法の定めるところにより共済契約者(経営者)が施設区分・職員数に応じた掛金を独立行政法人福祉医療機構(以下「機構」という。)に納付することを約し、被共済職員が退職した場合は、機構が退職手当金を支給することを約する契約(民法上のいわゆる第三者のためにする契約)を基本として運営される仕組みになっています。

退職手当共済事業のしくみ



Ⅱ. 共済契約に関する事項

1 共済契約者等

(1) 共済契約者

共済契約を締結できる者は、社会福祉施設等又は特定介護保険施設等を経営する社会福祉法人に限られます。＜☞9ページ参照＞

ただし、社会福祉法人以外の経営者が、平成13年3月31日以前に既に共済契約を締結しており、平成13年4月1日以降経営者の変更がない場合に限り、引き続き共済契約者とします。



なお、平成13年4月1日以後、経営者が社会福祉法人以外の者になった場合(個人経営の経営者変更も含む)は、共済契約は解除されますので、『☞社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届』(様式第4号)を提出してください。この場合、解除までの被共済職員期間に応じた退職手当金が支給されます。

(2) 共済契約の解除

ア. 契約の解除

共済契約者は、すべての被共済職員の同意を得たときは、「退職手当共済契約解除通知書(約款様式第13号)」を機構に提出することにより、共済契約を解除することができます。

イ. 契約の部分解除

特定介護保険施設等及び申出施設等については、すべての被共済職員の同意を得たときは、「退職手当共済契約部分解除通知書(約款様式第13号の2)」を提出することにより、施設又は事業ごとに契約を解除することができます。

なお、平成18年3月31日までに新設した特定介護保険施設等については、公的助成のない平成18年度以降に加入した職員のみを対象とした解除を行うことができます。

(注1) ア、イのいずれの場合でも、契約解除の対象となる被共済職員全員の同意が必要であり、同意があったことを証明する書類の添付が必要になります。

なお、当該解除により、その職員が被共済職員でなくなっても、「退職」には該当しないため、退職手当金は支給されません。

(注2) イにより契約を解除した日から起算して1年を経過しない施設・事業については、申出をすることができません。

(注3) イの対象となった職員は、中小企業退職金共済制度に加入することも可能です。(職員数による制限あり。)

共済契約の解除をご検討されている場合は、
福祉医療機構共済部退職共済課までご相談ください。(TEL03-3438-0222)

参考 福祉医療機構が行う解除

以下に該当する場合には、共済契約者の意思にかかわらず、当該退職手当共済契約を解除することになっています。

なお、②、③、④及び⑤の理由により契約を解除したことで、職員が被共済職員でなくなっても、退職手当金は支給されません。

- ① 共済契約者が、社会福祉施設等及び特定介護保険施設等のいずれの経営者でもなくなったとき
- ② 共済契約者が、納付期限後2ヶ月以内に掛金を納付しなかったとき
- ③ 共済契約者が、当該退職手当共済契約に係る被共済職員につき、中小企業退職金共済法の規定による退職金共済契約を締結したとき
- ④ 共済契約者が、諸届書の届出義務又は従業状況等の記録の作成及び保存義務に違反したとき
- ⑤ 共済契約者等が、立入検査の拒否又は妨害等をしたとき

2 加入対象施設等

(1) 社会福祉施設等

「社会福祉施設等」とは、共済法及び同施行令で定められている社会福祉施設・特定社会福祉事業をいいます。＜☞9ページ参照＞

社会福祉施設等に該当する施設等を新たに経営することとなったときは、その時から必ず加入しなければなりませんので、『☞施設等新設届・申出書』(様式第1号)＜☞70ページ参照＞を提出してください。

(2) 特定介護保険施設等

「特定介護保険施設等」とは、共済法、同施行令で定められている介護保険制度の対象となる高齢者関係の施設・事業をいいます。＜☞9ページ参照＞

「特定介護保険施設等」は、機構に任意に申し出て、共済制度に加入することができます。(特定介護保険施設等の加入単位は施設・事業単位です。)

(3) 申出施設等

「社会福祉施設等」及び「特定介護保険施設等」以外の施設や事業(介護老人保健施設、病院や公益事業など)を「申出施設等」といいます。＜☞9ページ参照＞

共済契約を締結している社会福祉法人に限り、「特定介護保険施設等」と同様に機構に任意に申し出て、共済制度に加入することができます。(申出施設等の加入単位は施設・事業単位です。)

(4) 社会福祉施設等の転換

次の①及び②にあげる社会福祉施設等が転換した場合は、転換の特例(*)に該当することとなり特定介護保険施設等とみなされますので、『☞社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届』(様式第16号)を提出してください。

- ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)への転換
- ② 軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)から軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)への転換

* 転換日の前日までに加入し、転換日以後も引き続き当該施設等で勤務する被共済職員については公的助成の対象となりますが、転換日以後に加入した被共済職員は公的助成の対象とはなりません。

また、転換日以後の新規採用職員については転換日の前日までに『☞施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届』(約款様式第16号の2)を機構に届け出た場合、被共済職員としないことができます。

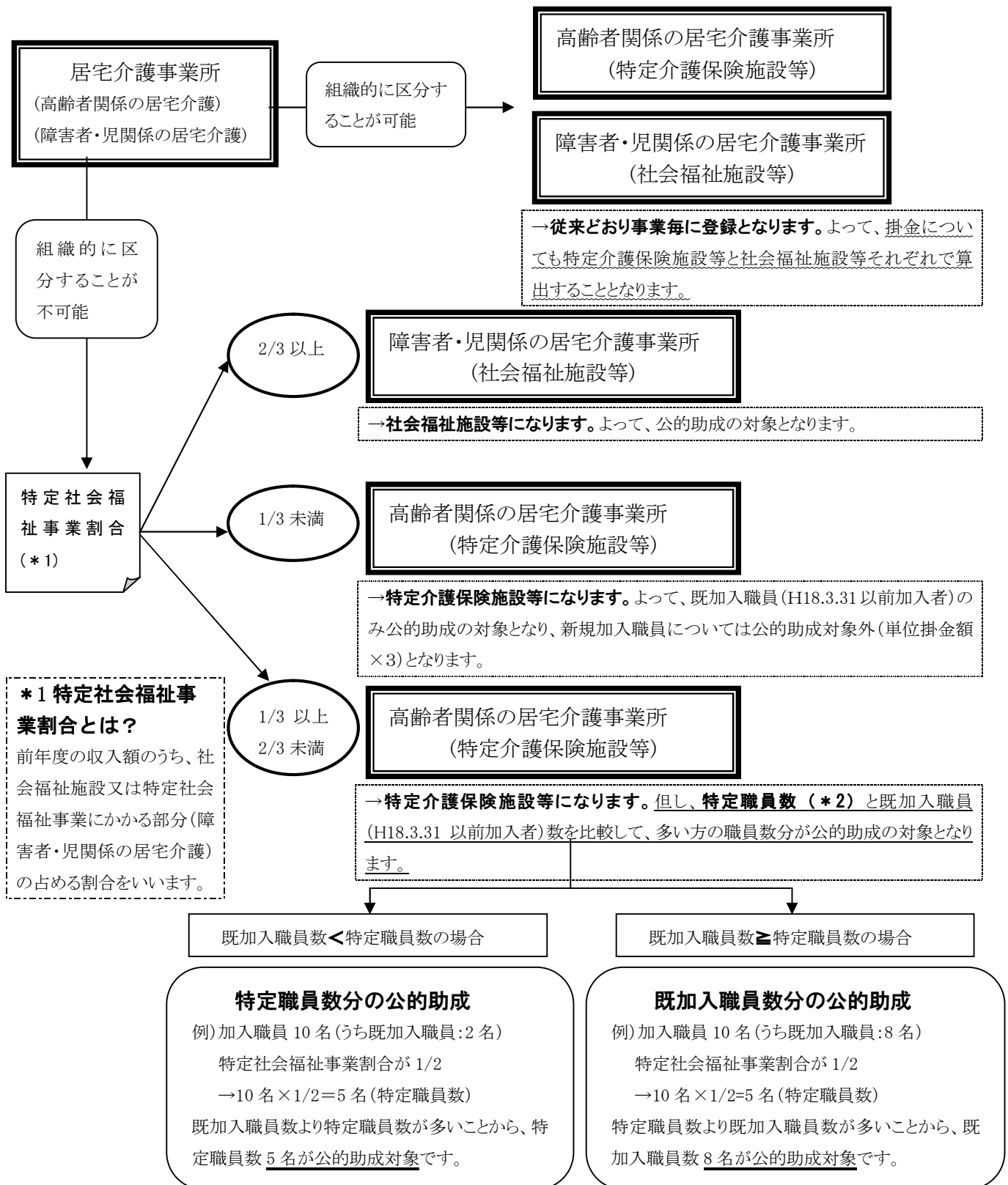
(注) 転換に該当しないケース

養護老人ホームが、介護保険法における「特定施設入居者生活介護」又は「介護予防特定施設入居者生活介護」の指定を受けても当該養護老人ホームは「社会福祉施設等」のままの取扱いとなります。

ただし、同一共済契約者内で訪問介護事業や訪問看護事業を開始し、そのサービスを利用する場合、当該サービスを提供する各事業は特定介護保険施設等又は申出施設等に該当します。(※施設等の申し出の方法は＜☞74ページ＞を参照してください。)

(5) 高齢者及び障害者サービスを同一事業所で提供している場合

高齢者関係及び障害者関係の居宅介護サービスを一つの事業所において提供している場合、以下のフローチャートに従ってどの施設種類に該当するか確認してください。

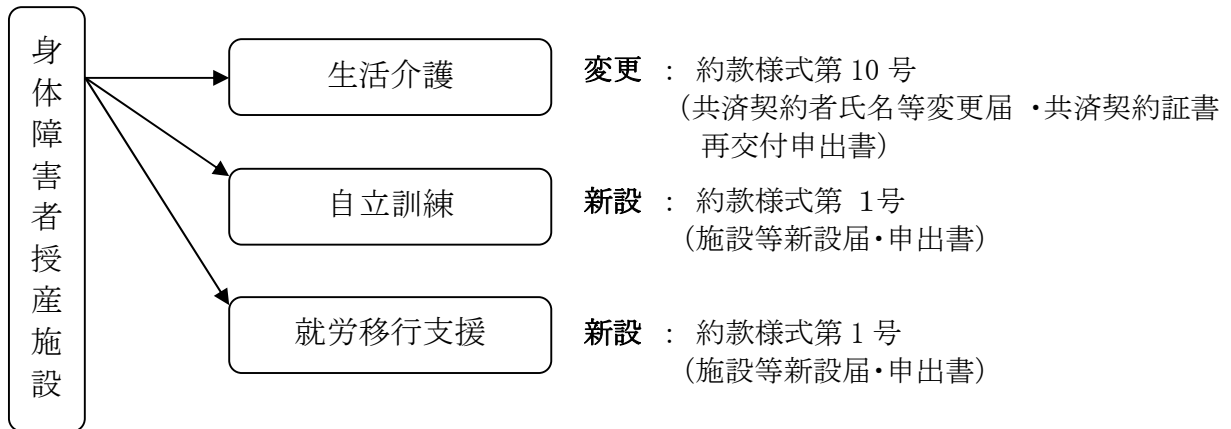


***1 特定社会福祉事業割合とは?**
前年度の収入額のうち、社会福祉施設又は特定社会福祉事業にかかる部分 (障害者・児関係の居宅介護) の占める割合をいいます。

***2 特定職員数とは?**
当該事業所における特定介護保険施設等職員数に特定社会福祉事業割合を乗じて得た職員数をいいます。(小数点以下切り捨て) < 76 ページ参照 >

(6) (旧)障害者自立支援法の施行に伴う施設・事業の種類の変更手続きが済んでいない場合

ア. 障害福祉サービス事業(障害者総合支援法第5条)の指定を受けた場合



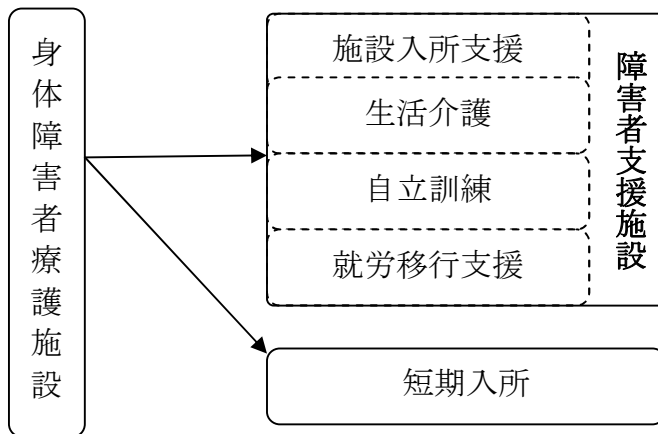
[手続き手順]

- ①既存の事業を指定を受けた障害福祉サービス事業のいずれかに変更してください。
→共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書(約款様式第10号)を作成し、指定通知書の写しを添付の上、業務委託先に提出してください。
- ②指定を受けた残りの障害福祉サービスを全て新設してください。
→施設等新設届・申出書(約款様式第1号)を作成し、職員名簿、指定通知書を添付の上、業務委託先に提出してください。

注意

- ①障害福祉サービス事業は『多機能型』として指定を受けている場合であっても、事業ごとの登録が必要となります。(※職員配置、サービス利用者がいない事業であっても指定を受けている事業は全て登録が必要となります。)
- ②職員が各事業を兼務している場合は、業務に従事している時間が最も多い事業へ登録してください。(このことにより職員数が0名の施設が生じても問題ありません。)

イ. 障害者支援施設(障害者総合支援法第5条12項)の指定を受けた場合



変更 : 約款様式第 10 号
(共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書)

新設 : 約款様式第 1 号
(施設等新設届・申出書)

[手続き手順]

- ①既存の施設を障害者支援施設(施設入所支援＋生活介護 or 自立訓練 or 就労移行支援をまとめて)に変更してください。
→共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書(約款様式第10号)を作成し、指定通知書の写しを添付の上、業務委託先に提出してください。
- ②障害者支援施設以外に障害福祉サービスの指定を受けた場合は、事業毎に新設してください。
→施設等新設届・申出書(約款様式第 1 号)を作成し、職員名簿、指定通知書を添付の上、業務委託先に提出してください。



- ①障害者支援施設(障害者総合支援法第5条12項)の指定を受けた場合、施設入所支援・生活介護・自立訓練・就労移行支援はまとめて**障害者支援施設**で登録してください。
- ②職員が各事業を兼務している場合は、業務に従事している時間が最も多い事業へ登録してください。(このことにより職員数が0名の施設が生じて問題ありません。)

参考 : 障害者総合支援法第5条12項

この法律において「障害者支援施設」とは障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設(独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園及び第1項の厚生労働省令で定める施設を除く。)をいう。

※ 施設障害福祉サービス : 施設入所支援 ・ 生活介護 ・ 自立訓練 ・ 就労移行支援



(7) 社会福祉施設等・特定介護保険施設等・申出施設等一覧

区分	社会福祉施設等	特定介護保険施設等	申出施設等 (例示)
生活保護 に関する施設	救護施設 更生施設 授産施設 宿所提供施設		医療保護施設 …等
児童福祉 に関する施設等	乳児院 (乳児預かり所を含む) 母子生活支援施設 保育所 障害児入所施設 障害児通所支援事業 児童養護施設 情緒障害児短期治療施設 児童自立支援施設 児童自立生活援助事業 小規模住居型児童養育事業		助産施設 児童館 児童遊園 認可外保育施設 乳児家庭全戸訪問事業 養育支援訪問事業 地域子育て支援拠点事業 一時預かり事業 障害児相談支援事業 …等
老人福祉 に関する施設等	養護老人ホーム 軽費老人ホーム (介護保険法の規定に基づく指定に係るものを除く)	特別養護老人ホーム 軽費老人ホーム (介護保険法の規定に基づく指定に係るもの) 老人福祉センターの中の老人デイサービス事業 老人デイサービスセンター 老人短期入所施設 老人居宅介護等事業 (ホームヘルパー) 認知症対応型老人共同生活援助事業 (グループホーム) 小規模多機能型居宅介護事業 複合型サービス福祉事業	老人福祉センター (老人デイサービス事業を除く) 指定居宅介護支援事業 有料老人ホーム 老人休養ホーム 老人憩いの家 介護老人保健施設 …等
身体障害者福祉 に関する施設等	視聴覚障害者情報提供施設 (点字出版施設を除く) 身体障害者福祉センターの中の地域活動支援センターの事業に相当する事業		視聴覚障害者情報提供施設のうち点字出版施設 身体障害者福祉センター 補装具製作施設 盲導犬訓練施設 障害者更生センター …等

区 分	社会福祉施設等	特定介護保険施設等	申出施設等（例示）
売春防止 に係る 施設	婦人保護施設		
障害者総合支援法 に係る 施設等	【障害福祉サービス事業】 居宅介護 行動援護 重度訪問介護 重度障害者等包括支援 短期入所（ショートステイ） 生活介護 療養介護 自立訓練 就労移行支援 就労継続支援 児童デイサービス 共同生活援助（グループホーム） 共同生活介護（ケアホーム） 同行援護 【移動支援事業】 【地域活動支援センター】 【福祉ホーム】 【障害者支援施設】		自立支援医療 …等
その他の 社会福祉 施設 その他の 施設	社会事業授産施設 （6か月間、生活保護法による委託事務費が支弁され、かつ、期間中の利用人員が定員に対し、平均して50%を超えた実績のあるもの）		病院 診療所 宿所提供施設 隣保館 母子福祉センター 母子休養ホーム 母子健康センター …等


3 掛金

(1) 単位掛金額

単位掛金額とは、社会福祉施設等の被共済職員1人当たりの掛金額のことをいいますが、毎年度、厚生労働大臣が定めることとなっています。

(参考:平成25年度単位掛金額は44,700円)

(2) 掛金の算出

納付する掛金の額(年額)は、共済契約者が『掛金納付対象職員届』に記載した毎事業年度4月1日における被共済職員数をもとに算出します。掛金の額は、下記①の社会福祉施設等職員に係る掛金の額と、②の特定介護保険施設等職員に係る掛金の額と、③の申出施設等職員に係る掛金の額との合計額となります。

なお、掛金は全て共済契約者が負担するもので、被共済職員の負担はありません。



$$\text{共済契約者が負担する掛金額} = \text{①} + \text{②} + \text{③}$$

① 社会福祉施設等職員数 × 単位掛金額

②-1 特定介護保険施設等職員数 × 単位掛金額

↳ 平成18年3月31日までに加入した被共済職員数
(公的助成の対象となります。)

②-2 特定介護保険施設等職員数 × 単位掛金額 × 3




↳ 平成18年4月1日以後に加入した被共済職員数
(公的助成の対象となりません。)

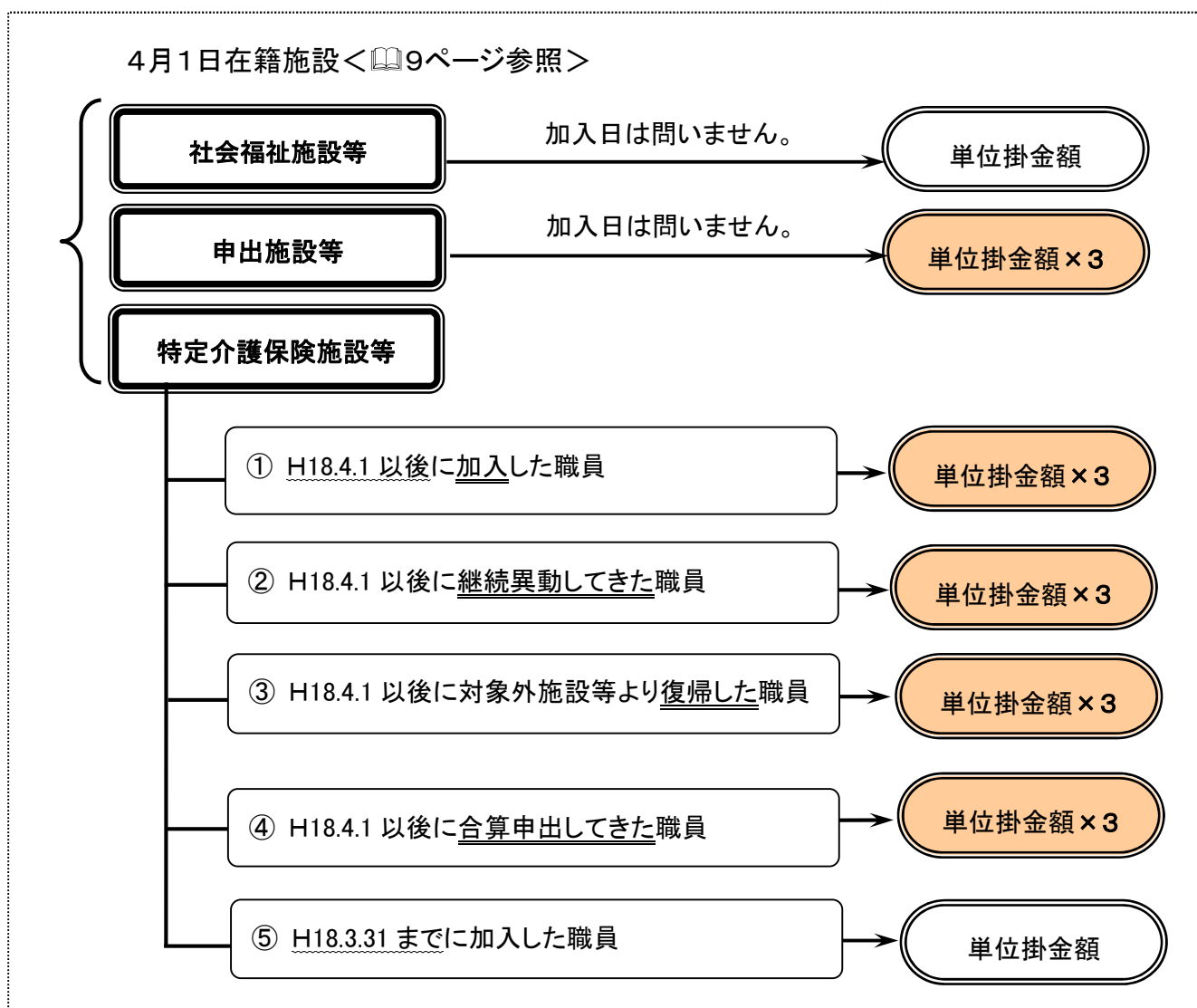
③ 申出施設等職員数 × 単位掛金額 × 3

○掛金の算出について留意すべき事項



被共済職員1人あたりの掛金は、施設区分により異なります。ただし、特定介護保険施設等職員については経過措置が適用されているため、被共済職員の加入日や異動理由によって公的助成の有無が決まります。


掛金の算出の際は基準日である4月1日に各被共済職員がどの施設区分に在籍しているかにより、下表を参照して誤りのないよう納付してください。

※『平成18年4月1日以後加入させない届出』または『退職手当共済契約部分解除通知書(制度改正後職員の部分解除)』(様式第13号の2)を提出している特定介護保険施設等については <19~21ページ>も必ず参照してください。



※ 次ページの注意書をあわせてお読みください。

(注1)①～④においては『平成18年4月1日以後加入させない届出』または『退職手当共済契約部分解除通知書(制度改正後職員の部分解除)』を提出していない特定介護保険施設等に限りです。

上記のいずれかの書類を提出している特定介護保険施設等においては、平成18年4月1日以後、「加入」「継続異動」「契約対象外復帰」「合算申出」のいずれもできません。<19～21ページ参照>

(注2)次のア、イの施設においては、①～④の「H18.4.1以後」を「転換日以後」に読み替えてください。また、⑤の「H18.3.31まで」を「転換日の前日まで」に読み替えてください。ご不明な点は共済部退職共済課にお問い合わせ下さい。

ア. 養護老人ホームまたは介護保険の指定を受けていない軽費老人ホームであった施設で、平成18年4月2日以降、介護保険の指定を受けた軽費老人ホームに転換した施設。

イ. 精神障害者地域生活支援センターであった施設で、障害者自立支援法の一部施行に伴い、平成18年10月1日に相談支援事業に移行した施設。



特定介護保険施設等職員については、加入日によって負担する掛金額が異なります。

- 平成18年4月1日以後に加入した被共済職員・・・単位掛金額×3
- 平成18年3月31日までに加入した被共済職員・・・単位掛金額

ただし、平成18年4月1日以後の継続異動職員(注1)、契約対象外施設等復帰職員(注2)、被共済職員期間の合算申出職員(注3)に該当する職員は公的助成の対象外であり、負担する掛金額は単位掛金額の3倍になります。

(注1) 1日の空白もなく他の共済契約者の契約対象施設等から異動してきた職員。

(注2) 5年以内に同一共済契約者が経営する共済契約対象外施設等から復帰してきた職員。

(注3) 引き続き1年以上被共済職員であった職員が退職し、その退職日から2年以内に退職金を請求しないで再び被共済職員となり、前後の被共済職員期間の合算を申し出た職員。



ア. 育児休業中または休職中の職員も4月1日在籍職員であるため掛金が必要です。

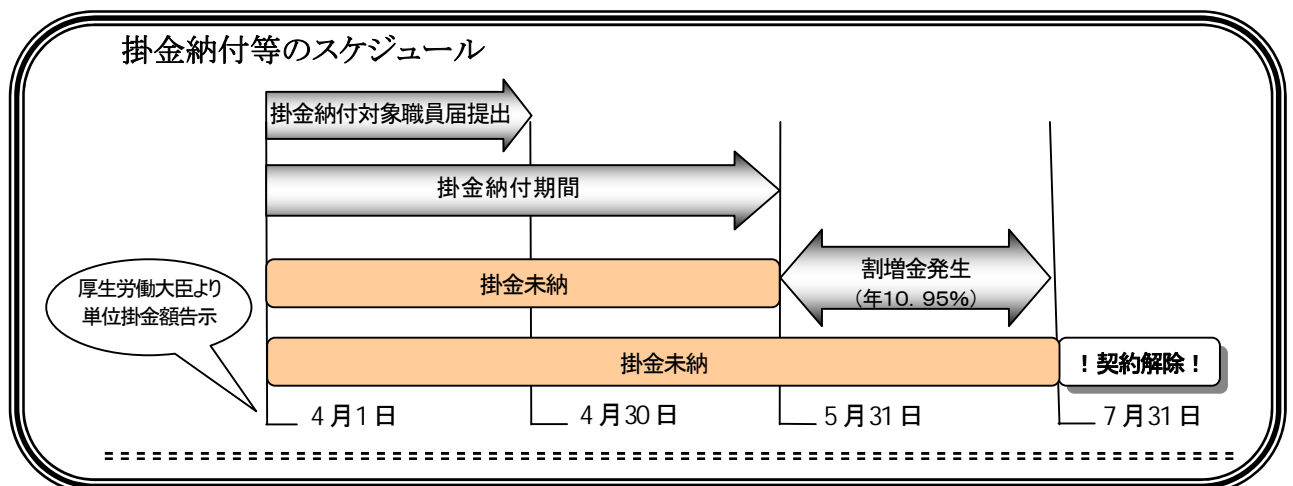
イ. 掛金を納付する時点(5月末までの間)で既に退職している職員であっても、4月1日に在籍していた場合は掛金が必要です。

ウ. 掛金(年額)は毎事業年度4月1日における当該共済契約者の在籍職員数で算出しますので、年度途中に加入した職員は、加入年度分の掛金を月割で支払う必要はありません。(但し、加入日から被共済職員期間には算入されます。)

(3) 掛金の納付

共済契約者は、毎事業年度4月1日における被共済職員数分の掛金を納付期限である 5月31日までに機構の指定口座に納付しなければなりません。機構の指定口座に入金が確認された日が納付日となります。振込日時によっては、機構への入金が金融機関に振込みを依頼した翌営業日以降になる場合がありますので、納付期限に余裕を持ってお振込みください。

なお、経営者の変更が生じた場合による変更契約の手続きをされた場合は、共済契約証書と一緒に別途納付期限を明記した振込依頼書を同封いたします。



- ① 納付期限内に掛金を完納せず、6月以後7月31日までに完納した場合、割増金(納付すべき金額×年10.95%×納付期限の翌日から納付の前日までの日数×1/365)が発生します。
- ② 7月31日までに掛金を完納しない場合、共済契約の強制解除となります。
- ③ 各施設等の分を合わせて共済契約者として一括納付してください。(施設毎の納付はご遠慮ください。)
- ④ 4月1日に社会福祉施設等を新しく開設した場合、若しくは特定介護保険施設等・申出施設等を機構に申し出た場合の掛金については、振込依頼書は再送しませんので、既存の施設・事業分との合計額を1回で納付してください。
- ⑤ 機構から送付する振込用紙を使って掛金を納付してください。都合により銀行備え付けの振込用紙を使う場合、又は ATM やインターネットバンキングを使う場合には依頼人氏名欄に「共済契約者番号」と「共済契約者名」を必ず入れてください。
- ⑥ 機構から送付した振込依頼書を紛失等した場合又は掛金納付後に不足分を追加納付する場合は機構から振込依頼書は再送しませんので銀行備え付けの振込用紙をご使用ください。その際は、依頼人氏名欄に「共済契約者番号」と「共済契約者名」を必ず記入してください。
- ⑦ 振込手数料は、共済契約者(振込依頼人)の負担となりますので、掛金の納付額とは別に、「電信至急扱」の手料を金融機関窓口にお支払ください。
- ⑧ 掛金の振込後、金融機関窓口で領収書を受け取ってください。この領収書は、掛金を納付した証拠になりますので大切に保存してください。(機構から領収書は発行しません。)
- ⑨ 複数回に分けてのお振込はご遠慮ください。同日に複数回の入金をされますと、正しく送金データが反映されない可能性がありますので、ご協力ください。

Ⅲ. 被共済職員に関する事項

1 加入対象職員

(1) 被共済職員

加入対象となる職員(被共済職員)とは、共済契約者(経営者)に使用され、かつ、共済契約者の経営する社会福祉施設等及び特定介護保険施設等又は申出施設等の業務に常時従事することを要する、次のアからウに該当する職員です。







加入要件を満たす職員は、非常勤職員、嘱託職員及びパート労働者等を含め全員加入させなければなりません。(参考:共済法第2条)

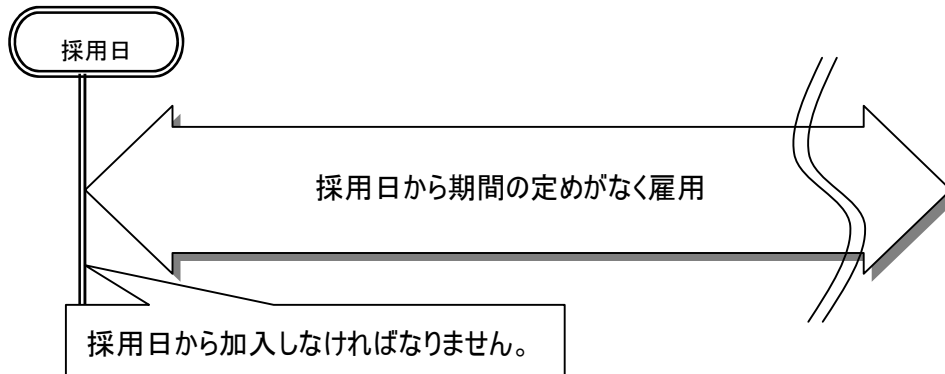
就業規則等で「正規職員だけを加入させる」あるいは「平成18年4月1日以降に採用した職員は加入させない」と定めをされていても、共済法の規定により加入要件を満たす職員は全員加入させなければなりません。

なお、試用期間中の職員であっても、加入要件を満たす場合は加入させなければなりません。

ただし、以下の施設を除きます。

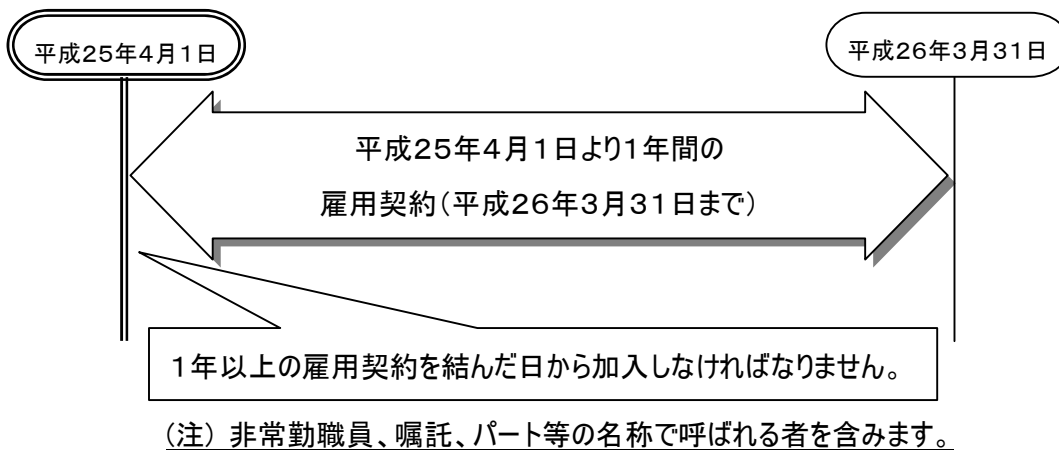
1. 『平成18年4月1日以後に採用した特別養護老人ホーム等在籍職員を被共済職員としない届出書』(以下「平成18年4月1日以後加入させない届出」という。)を提出した特定介護保険施設等
2. 平成18年4月1日以降に加入した被共済職員を部分解除した特定介護保険施設等
< 62ページ参照 >
3. 『施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届』を提出した転換後の施設< 5ページ参照 >

ア. 雇用期間に定めのない職員（いわゆる正規職員）は、採用日から加入。

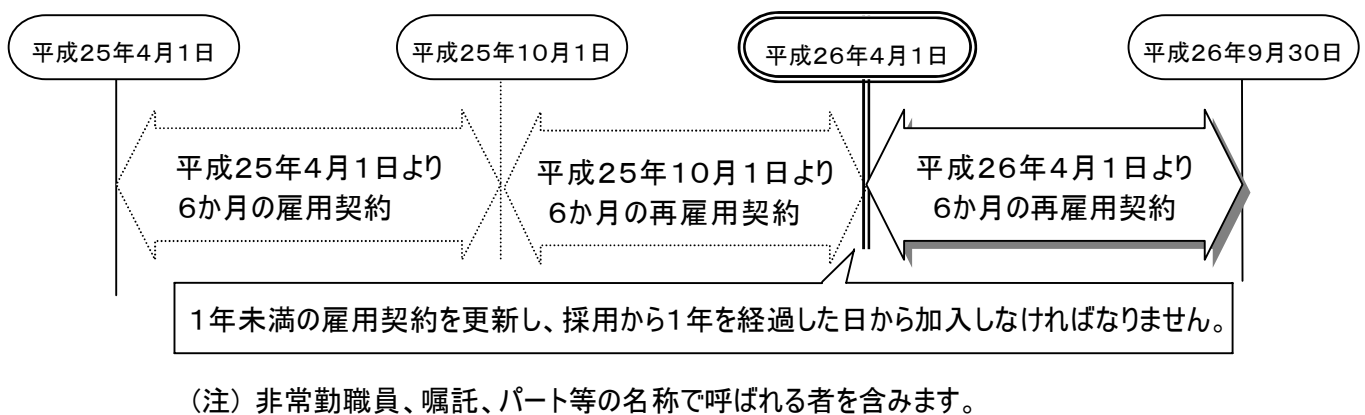


イ. 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員(※)で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は採用日から加入。

(※) 雇用期間に定めのない職員のうち、正規職員以外の者を含みます。



ウ. 1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は、採用から1年を経過した日から加入。



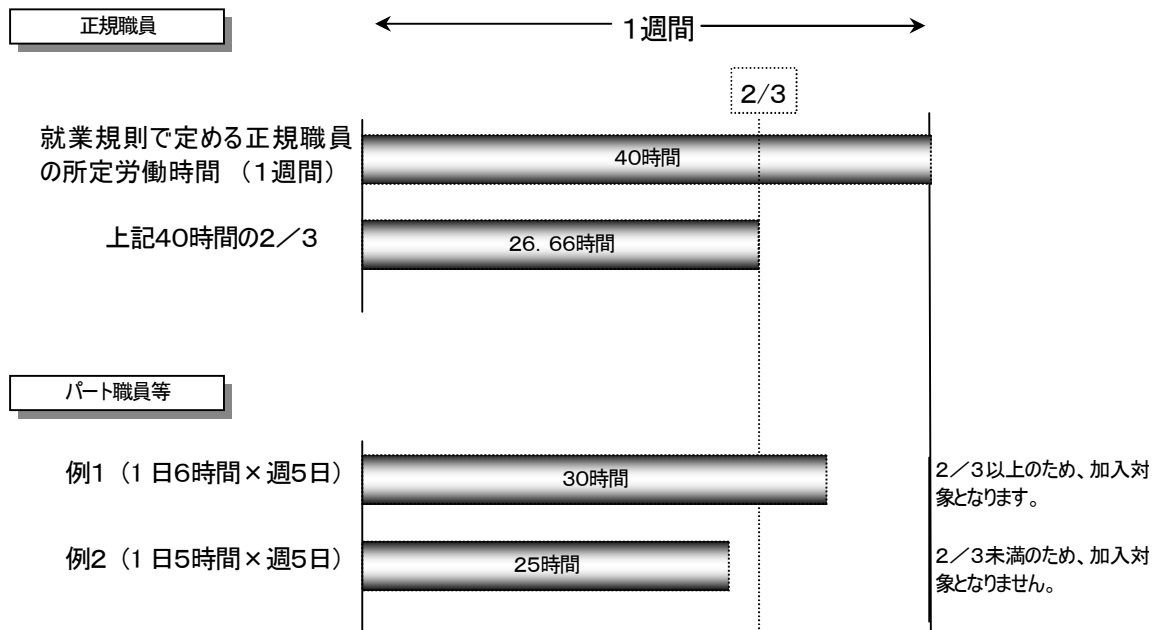


① 所定労働時間の3分の2以上とは…

就業規則で定める正規職員の1日の所定労働時間が8時間、週40時間の場合

→ $40\text{時間} \times 2/3 \div 26.66\text{時間}$

(日によって勤務時間が変わる場合は、一週間をならした所定労働時間の3分の2以上の職員が加入対象)



次に掲げる者は、被共済職員となりません。

- ・ 地方公共団体等から出向している職員
- ・ 警備保障会社又は高齢者福祉事業団等から派遣されている職員
- ・ 法人の役員(施設長等を兼務しているものを除く。)、個人経営施設の経営者及び法人格を有しない任意団体の代表者
- ・ 施設の入所者又は通所者 (福祉工場や就労継続支援 A 型等において、加入要件を満たす雇用契約を結んでいた場合でも、施設の管理又は従業員の処遇に関する業務に従事せず、施設を利用して作業に従事することにより工賃を受けている者は、加入できません。)

(2) 社会福祉施設等職員・特定介護保険施設等職員・申出施設等職員の区別

被 共 済 職 員		
社会福祉施設等職員	特定介護保険施設等職員	申出施設等職員
ア. 社会福祉施設等の業務のみに従事する者。	エ. 特定介護保険施設等の業務のみに従事する者。	キ. 申出施設等の業務のみに従事する者。
イ. 社会福祉施設等の業務及び社会福祉施設等以外の施設等の業務を兼務する者で、社会福祉施設等の業務の労働時間が就業規則に定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者。	オ. 特定介護保険施設等の業務と社会福祉施設等の業務を兼務する者で、社会福祉施設等の業務の労働時間が就業規則に定める正規職員の所定労働時間の3分の2に満たない者。	ク. 申出施設等の業務と社会福祉施設等の業務を兼務する者で、社会福祉施設等の業務の労働時間が就業規則に定める正規職員の所定労働時間の3分の2に満たない者。
ウ. 2以上の社会福祉施設等を経営する社会福祉法人又は民法第34条に定める公益法人の本部等に所属し、社会福祉施設等の <u>共通的管理業務</u> （※）に従事する者。	カ. 特定介護保険施設等の業務と申出施設等の業務を兼務する者で、特定介護保険施設等の業務の労働時間が就業規則に定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者。	ケ. 申出施設等の業務と特定介護保険施設等の業務を兼務する者で、特定介護保険施設等の業務の労働時間が就業規則に定める正規職員の所定労働時間の3分の2に満たない者。

※共通的管理業務とは...

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| ① 措置費又は介護報酬の請求及び精算等に関する事務 | ④ 社会保険及び退職手当共済等に関する事務 |
| ② 予算、決算等会計経理に関する事務 | ⑤ 施設の新築、増改築及び営繕等に関する事務 |
| ③ 役職員の人事、給与並びに職員の福利厚生に関する事務 | ⑥ その他これらに準ずる施設の共通的事務 |

(3) 兼務職員等の所属

ア. 社会福祉施設等、特定介護保険施設等及び申出施設等の3つの区分のうち、同一区分の2以上の施設等の業務に従事する職員は、その主として従事する施設等のいずれか1つに所属するものとして届け出てください。

イ. 上記(2)のウ(共通的管理業務に従事する者)に該当する社会福祉施設等職員は、社会福祉施設等のいずれか1つに所属するものとして届け出てください。

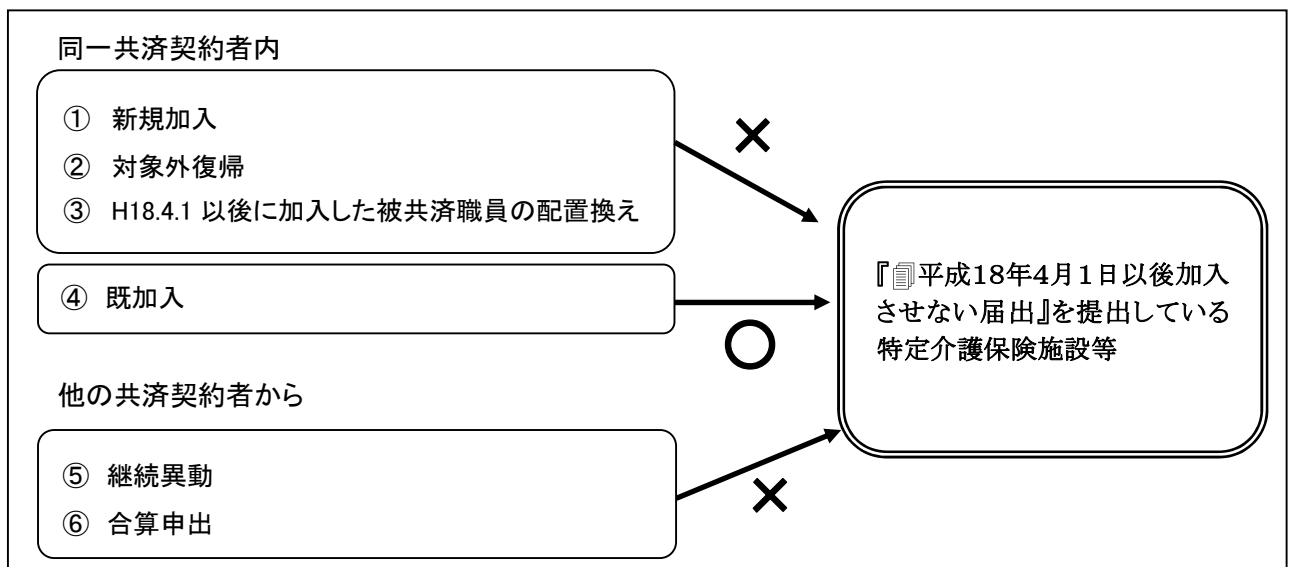
(4) 特定介護保険施設等における職員の取扱い

ア. 平成18年3月31日までに開設している施設等で『平成18年4月1日以後加入させない届出』を提出している場合

(ア) 『平成18年4月1日以後加入させない届出』を提出した特定介護保険施設等においては、同一共済契約者における既加入職員(平成18年3月31日までに加入し引き続き被共済職員である者)のみ継続加入させるものとなります。

したがって、この届出を提出したことによる、当該施設における既加入職員以外の職員については次の点に留意して下さい。

- ① 平成18年4月1日以後に採用された職員は加入できません。
- ② 平成18年4月1日以後に契約対象外施設等に異動(※)した職員及び平成18年3月31日までに契約対象施設等に復帰しなかった職員は、当該施設等に配置換えとなっても制度上の復帰はできませんので、制度上の退職又は契約対象外施設等異動のままとなります。
→ 5年以内に他の契約対象施設等に復帰する予定がなければ、対象外異動した日の前日を退職日として退職の手続きをとってください。
- ③ 同一共済契約者の他の契約対象施設等において平成18年4月1日以後に加入し、当該施設等に配置換えをしてきた職員は、配置換えした日の前日をもって制度上の退職又は配置換えした日をもって契約対象外施設等異動となります。
- ④ 既加入職員である平成18年3月31日までに同一共済契約者で加入した被共済職員の配置換えの場合だけが、当該施設に加入できます。この場合、引き続き公的助成の対象となります。
- ⑤ 平成18年4月1日以後に他の共済契約者の契約対象施設等から継続異動してきた職員は、異動前の共済契約者での退職となります。
- ⑥ 被共済職員期間の合算申出を希望している職員は、退職した共済契約者での退職となります。



(※) 契約対象外異動とは、異動前と復帰後の被共済職員期間が合算できる制度ですが、次のいずれの条件も満たす必要があります。

- ① 引き続き1年以上被共済職員である者(加入1年未満の職員は契約対象外異動できません。)
- ② 5年以内に再び同一共済契約者が経営する共済契約対象施設に復帰する予定がある者

※契約対象外異動した職員は特定介護保険施設等に復帰しても公的助成の対象とはなりません(新規加入職員同様、単位掛金額の3倍が必要となります)。

(イ) 『㊦平成18年4月1日以後加入させない届出』については、取下届(様式については機構より送付します。)を機構に提出することにより、取り下げることができます。

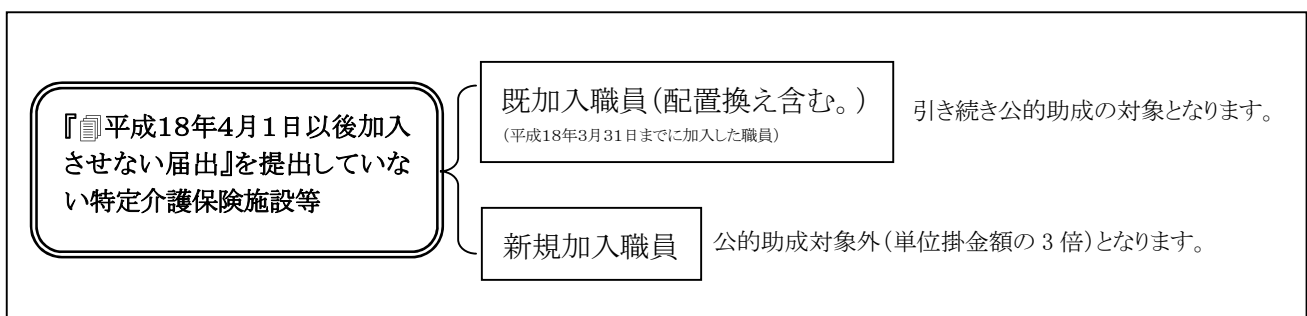
これにより、届出日から加入要件を満たす職員は全て加入させなければなりませんので、遅滞なく『㊦被共済職員加入届』を提出してください。

※なお、『㊦平成18年4月1日以後加入させない届出』については、平成18年度の制度改正時のみに受付けた届出であるので、遡って届出を受け付けることはできませんが、現在において平成18年3月31日までに開設している施設で、平成18年4月1日以降の加入について共済契約を部分解除する場合は、退職手当共済契約部分解除の手続きがこれに代わります。<㊦62、136ページ参照>

イ. 平成18年3月31日までに開設している施設等で『㊦平成18年4月1日以後加入させない届出』を提出していない場合

(ア) 既加入職員及び新規加入職員(平成18年4月1日以後に在籍し、かつ、加入要件を満たしている①から⑤までの者)は全て加入させなければなりません。

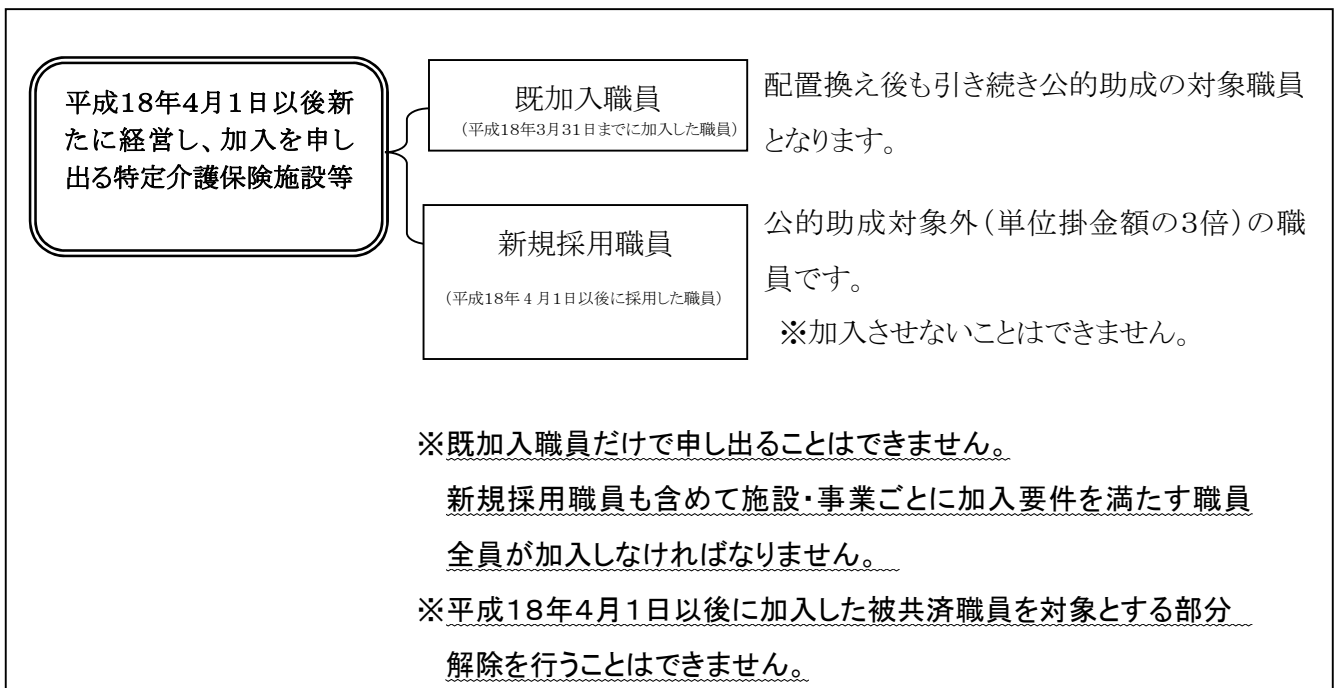
- ① 平成18年4月1日以後に採用された職員
- ② 平成18年4月1日以後に同一共済契約者の契約対象外施設等から復帰してきた職員
- ③ 同一共済契約者の他の契約対象施設等において平成18年4月1日以後に加入し、当該施設等に配置換えをしてきた職員
- ④ 平成18年4月1日以後に他の共済契約者の契約対象施設等から継続異動してきた職員
- ⑤ 被共済職員期間の合算申出を希望している職員



(イ) 平成18年4月1日以後に加入した被共済職員について『退職手当共済契約部分解除通知書』を提出した場合、当該施設における既加入職員以外の職員については、「平成18年4月1日」を「解除日」と読み替えて、前記(☐19ページ参照)(4)のアの(ア)の扱いとなりますのでご注意ください。

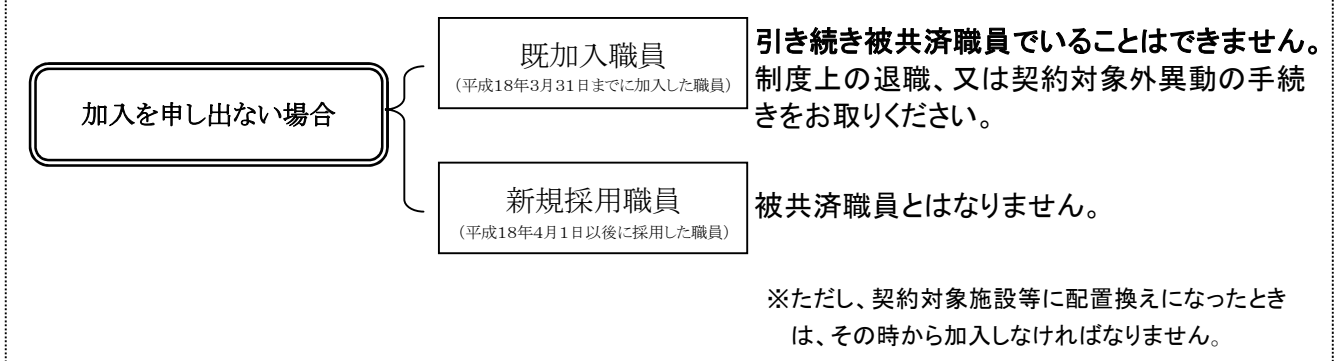
ウ. 平成18年4月1日以後に特定介護保険施設等に分類される施設・事業を新たに経営して加入を申し出る場合

機構に申し出て加入する特定介護保険施設等の既加入職員及び加入要件を満たす新規採用職員は、施設・事業ごとに全員加入させなければなりません。



(参考)

介護保険の指定を受けた施設・事業であっても、特定介護保険施設等として申し出ない場合、当該施設・事業に配置換えになる既加入職員については、引き続き被共済職員でいることはできませんので、制度上の退職又は契約対象外異動の手続きをしてください。



2 本俸月額

(1) 本俸月額とは



「本俸月額」は、退職手当金の計算基礎となるものであり、以下に掲げたアの格付本俸のほか、イの俸給の一部という性格を有する俸給の調整額を加算した額をいいます。

ア. 俸給表に定める格付本俸

イ. 俸給の調整額

原則として、次の(ア)または(イ)の名称及び支給趣旨が給与規程で明記されている手当等が該当します。

(ア) 給与特別改善費

保育士、介護職員、指導員等の俸給を改善する趣旨で支給されるものです。アの格付本俸に組みこまれている場合が多いですが、アの格付本俸とは別建てで支給している場合は加算してください。

(イ) 特殊業務手当

職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤務環境その他の勤務条件が、同じ職務の等級に属している他の職種に比較して著しく相違しているため、アの格付本俸を調整する趣旨で支給される手当です。国家公務員給与法の「俸給の調整額」に相当します。



各法人における給与は、それぞれ独自の給与規程を定めて支給していることから、必ずしも上記のような国家公務員の給与と同じ取扱いがなされているとは限りません。そこで本俸月額に該当するかどうかの判断としては、次のいずれにも該当していることが必要です。

- ① 定額、定率のいずれかである
- ② 月額により支給するものである
- ③ 給与規程に支給条項が明記されている
- ④ 支給の趣旨がイの(ア)または(イ)の趣旨と合致し、これら以外の配慮が含まれていない

また、上記①～④の条件を満たしていないものや下記のような手当は俸給の調整額としての性格はなく、本俸月額には該当しませんのでご注意ください。

- ア. 従事した回数等をもとに支給額が決められる**特殊勤務手当**
- イ. 管理、監督の地位にある職員に対して支給される**管理職手当**
- ウ. 地域における賃金、物価水準等を勘案して支給される**調整手当**
- エ. 取得した資格に対して支給される**資格手当**
- オ. 全ての職員(職種)に支給される**職務手当**

該当しません!

* なお、該当するか判断が付きにくい場合は、共済部にお問い合わせください。

(2) 本俸月額に関する注意事項



被共済職員期間となる月(☞24ページ参照)であって、育児休業、介護休業、休職等により給与の一部又は全部が支給されていない月の本俸月額は、これらの理由がないと仮定した場合に受けるべき本俸月額になります。



日給月給制(雇用契約に基づいて使用された職員)の職員の本俸月額は、次の算出により得た額とします。

本俸月額算出例

〔勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)〕

- ・ 日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合
→ 7,000円(日給)×21日(週5日)=147,000円
- ・ 時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合
→ 700円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日(週5日)=117,600円

〔勤務形態が個別の雇用契約による職員〕

- ・ 日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日間勤務の職員の場合
→ 7,000円×4/5日(週5日にならした日給)×21日=117,600円
- ・ 時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→ 700円(時給)×7時間(1日の労働時間)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=82,320円

*なお、上記にあてはまらない場合は、共済部にお問い合わせください。



本制度における「本俸月額」は、国家公務員の給与法でいう「俸給表に定める格付本俸」と「俸給の調整額」に相当するものを合算した「退職前6か月の本俸月額」を6で除して得た額としてきたところです。

このため、年俸制をとる法人については、上記の俸給に該当するものの12分の1を月額本俸として取り扱うものとします。

ただし、当該年俸の中に以下のような手当(賞与含む)が含まれている場合は、その分を差し引いた額の12分の1を本俸月額として取り扱うものとします。

- ① 従事した回数等を基に支給額が決められる特殊勤務手当
- ② 管理監督者にその責任の度合等に応じ支給される管理職手当
- ③ 地域における賃金、物価水準等を勘案して支給される調整手当

なお、賞与については「本俸月額」の算定対象となりません。

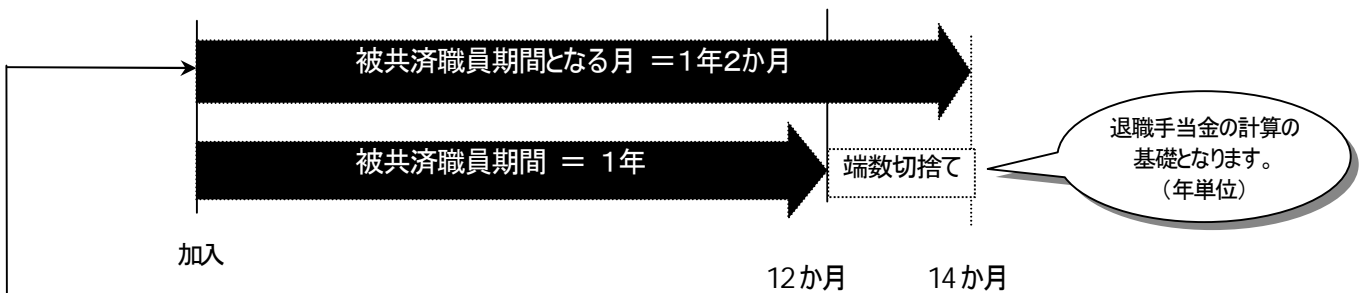
3 被共済職員期間

(1) 被共済職員期間の考え方について



被共済職員期間の報告は月単位で行いますが、退職手当金の算定は年単位となりますので「被共済職員期間となる月」を合算し、1年未満の端数がある場合は、その端数は切り捨てられます。

(例) 被共済職員期間となる月が14か月(1年2か月)の場合、退職手当金算定時の被共済職員期間は1年となります。



(2) 被共済職員期間となる月



「被共済職員期間となる月」とは、社会福祉施設等の「業務に従事した日数((ア)実際に従事した日と、(イ)従事したとみなす日)」が1か月のうち10日を超える月のことをいいます。

また、「被共済職員期間とならない月」とは、社会福祉施設等の「業務に従事した日数」が1か月のうち10日以下の月をいいます。

業務に従事した日数

(ア) 「実際に従事した日」

実際に施設・事業の業務に従事した日(出張及び外勤日を含む)です。

(イ) 「従事したとみなす日」

- ① 被共済職員が業務上の負傷又は疾病にかかり療養のために休養していた期間
- ② 女性である被共済職員が出産した場合の出産予定日前6週間(多胎妊娠の場合にあつては14週間)及び出産後8週間
- ③ 共済契約者が就業規則に規定する年次有給休暇(1年につき20日が限度)
- ④ 被共済職員の介護休業期間

* 「介護休業」とは、介護を要する家族を抱える被共済職員が退職することなく一定期間介護のために休むことのできる制度のことです。

- 1) 介護休業を申し出ることができる職員は、要介護状態(負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により2週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態をいう。)にある対象家族(配偶者、父母及び子、配偶者の父母等)を介護する被共済職員のすべてです。
- 2) 対象家族1人につき、要介護状態に至るごとに1回、通算のべ93日までの間で労働者が申し出た期間(複数回の取得が可能)介護休業できます。

⑤ 育児休業期間

被共済職員が育児休業により社会福祉施設等の業務に従事しなかった場合で、その業務に従事しなくなった日の属する月からその業務に従事することとなった日の属する月までのことを「育児休業の月」といいます。ただし、その業務に従事しなくなった日の属する月において、業務に従事した日数が10日を超える月である場合は、その月は当然「被共済職員期間となる月」になりますので「育児休業の月」から除外されます。

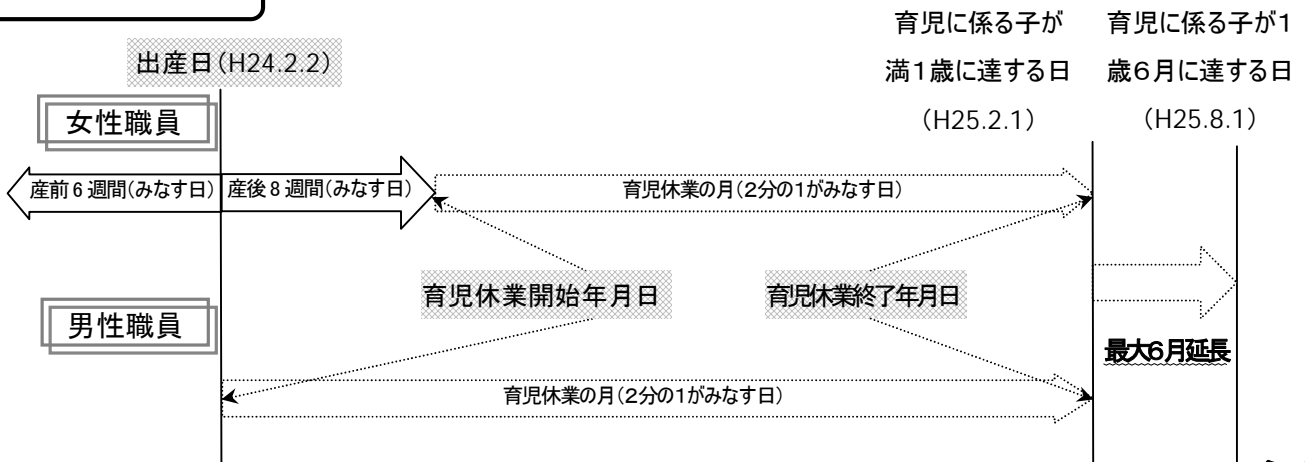
この「育児休業の月」の月数の2分の1に相当する月数は被共済職員期間に算入されます。

育児休業を申し出ることができる職員は、男女を問わずその1歳に満たない子を養育する被共済職員すべてです。

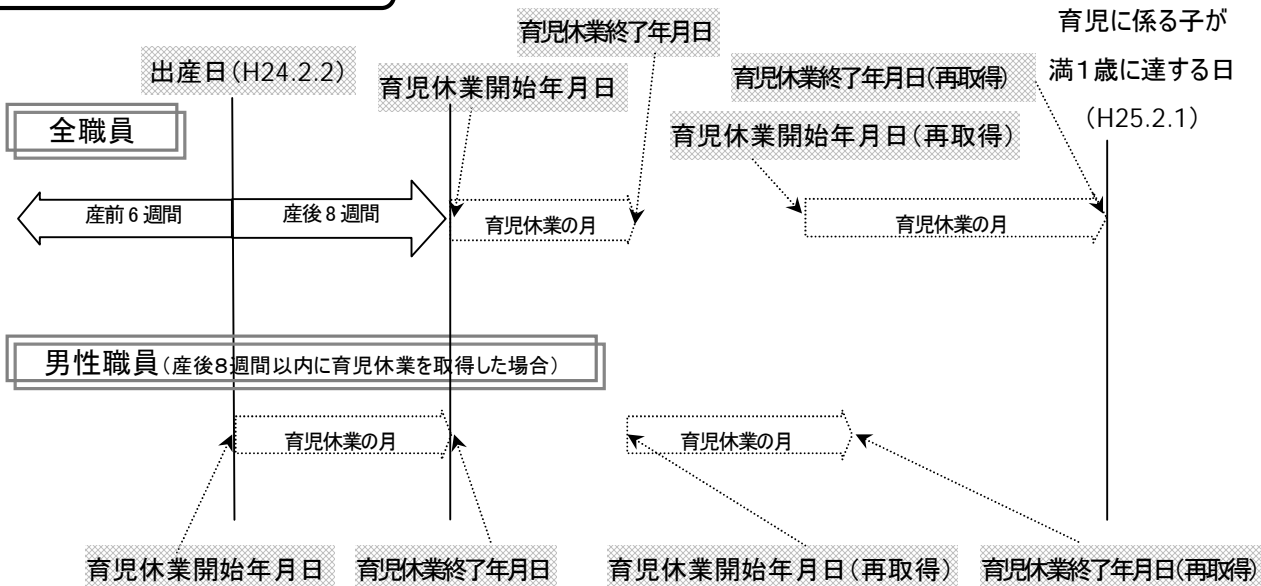
- 1) 育児休業の期間は、女性職員の場合にあつては産後の休業期間が終了した日の翌日から育児に係る子が満1歳に達する日までの期間（誕生日の前日）、男性職員の場合にあつては出産日から育児に係る子が満1歳に達する日までの期間です。
- 2) 次の場合、育児休業を再取得することができます。
 - 男性職員が産後8週間以内に育児休業を取得した場合
 - 予定していた休業（育児休業開始日に養育していた子以外の子の産前産後休業及び育児休業、親族家族の介護休業）申出を撤回した場合
 - 子の養育を行っている配偶者が死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合
 - 婚姻の解消等により、子の養育を行っている配偶者が子と同居しなくなった場合
 - 子が負傷、疾病又は身体上若しくは精神上的の障害により、2週間以上の期間にわたって世話を必要とする状態となった場合
 - 保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
- 3) 次の場合、子が1歳6月に達するまでの間、育児休業を取得することができます。
 - 保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
 - 子の養育を行っている配偶者であつて、1歳以降子を養育する予定であつたものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合
- 4) 次の場合、子が1歳2月に達するまでの間、育児休業を取得することができます。（パパ・ママ育休プラス）
 - 同一の子について配偶者が子の1歳到達日以前に、育児休業を取得する場合
ただし、育児休業取得期間の限度は、1年間（女性の場合は、誕生日以後の産前・産後休業期間を含む）となります。

例

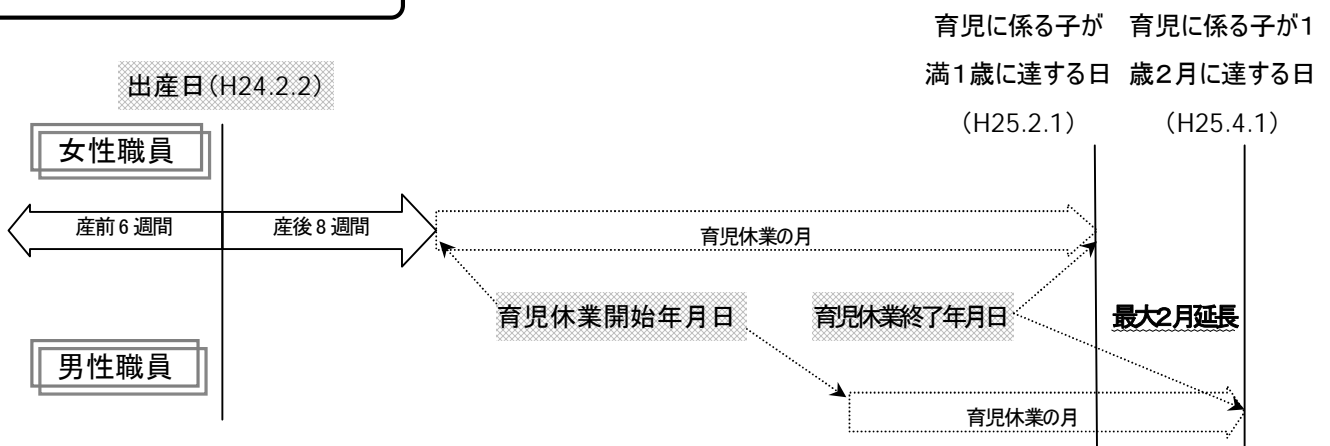
◆通常取得の場合



◆育児休業の再取得の場合



◆パパ・ママ育休プラスの場合



※上記例示は、男性職員がパパ・ママ育休プラスを利用して2ヶ月延長した場合ですが、女性職員がパパ・ママ育休プラスを利用した場合も同様の取扱いとなります。

各種届出による育児休業期間の報告方法

記入例

1. 男性職員が、産後8週間以内に育児休業を取得し、再度育児休業を取得した場合

育児休業の申請があったもの							
1. 新規		2. 変更			3. 再取得		
出産日	2	4年	0	2月	0	2日	
育児休業開始日	2	4	0	2	0	2	
育児休業終了日	2	4	0	2	2	8	
1. 新規		2. 変更			3. 再取得		
出産日	2	4年	0	2月	0	2日	
育児休業開始日	2	4	1	0	0	1	
育児休業終了日	2	4	1	1	3	0	

2. 1人目の育児休業終了日を変更し、2人目の育児休業を新規で報告する場合

育児休業の申請があったもの							
1. 新規		2. 変更			3. 再取得		
出産日	2	1年	0	9月	2	0日	
育児休業開始日	2	1	1	1	1	6	
育児休業終了日	2	2	0	3	3	1	
1. 新規		2. 変更			3. 再取得		
出産日	2	4年	0	2月	0	2日	
育児休業開始日	2	4	0	3	3	0	
育児休業終了日	2	5	0	2	0	1	

4 合算申出



以下の☐28ページ～☐30ページに該当する場合は、「被共済職員期間の通算又は合算」ができます。

被共済職員期間の合算申出を行った場合の合算

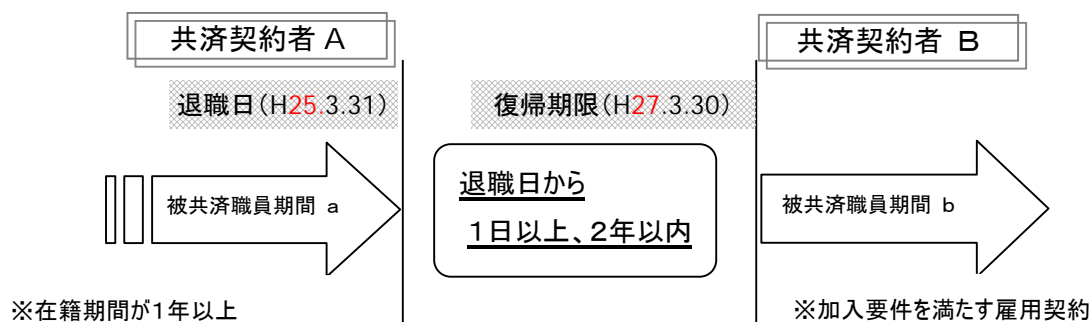
引き続き1年以上被共済職員である者が退職した場合、その者が、退職した日から起算して**2年以内**に、退職手当金を請求しないで再び被共済職員になり、かつ、その者が機構に合算申出を申し出たときは、前後の被共済職員期間を合算します。

なお、当該措置については、平成18年4月1日以後に退職した者について適用されます。また、退職後2年以内に被共済職員とならなかった場合は、合算の手続きを適用できませんので、退職手当金の請求手続きが必要となります。ただし、退職した日より5年を経過したときは、時効により退職手当金の支給を受ける権利が消滅します。

(合算申出における留意事項)

- ① 被共済職員が退職したときは、共済契約者において、当該職員について被共済職員期間の合算希望の有無を確認し、希望する場合は『☑被共済職員退職届』の「合算申出の有無」欄の「有」に○を付け、「退職者の連絡先」欄を記入したうえで、**退職届を提出してください<☐40ページ参照>。**
 ・退職者が記入する請求書・申告書は記入する必要がありません。
- ② 共済契約者が新たに職員を採用したときは、当該職員が合算を申し出ているか確認し、申し出ている場合、『☑(別紙)施設等新設届・申出書職員名簿』<☐70ページ参照>、『☑掛金納付対象職員届(4月1日加入に限る)』<☐145ページ参照>、『☑被共済職員加入届』<☐96ページ参照>又は『☑社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書職員名簿』で「合算申出」に○をつけ、合算申出を行ってください。

例





被共済職員期間 a と被共済職員期間 b を合算します。

※ただし、異動先の施設が『平成18年4月1日以後加入させない届出』又は『退職手当共済契約部分解除通知書』を提出している場合、合算申出を行うことはできません。

5 継続異動

継続異動職員としての通算

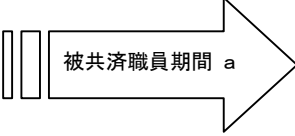
共済契約者が他の共済契約者の使用する被共済職員を当該他の共済契約者の同意を得て、当該被共済職員が退職手当金を請求しないで引き続き自己の使用する被共済職員とした場合、その者を異動前の共済契約者に使用される被共済職員となった時から引き続き異動後の共済契約者に係る被共済職員であったものとみなし、被共済職員期間を通算します。

『 共済契約者間継続職員異動届』(様式第8号) <  112ページ参照 > の提出が必要です。

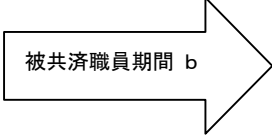
例

1日の空白もなく異動

共済契約者 A	共済契約者 B
退職日 (H25.3.31)	加入日 (H25.4.1)



被共済職員期間 a



被共済職員期間 b

※在籍期間が1年未満でも可 ※加入要件を満たす雇用契約


被共済職員期間 a と被共済職員期間 b を通算します。

※ただし、異動先の施設が『平成18年4月1日以後加入させない届出』又は『退職手当共済契約部分解除通知書』を提出している場合には、継続異動を行えません。



合算申出と継続異動の相違点

	●合算申出	●継続異動
異動までの期間	退職後2年以内	1日の空白もなく異動
共済契約者間の同意	不要	必要
異動前の被共済職員としての在籍期間	1年以上	1年未満でも可
必要な諸届	約款様式第7号、及び第6号	約款様式第8号

(注1) 異動先の施設が『平成18年4月1日以後加入させない届出』又は『退職手当共済契約部分解除通知書』を提出している場合、合算申出及び継続異動ができません(<  19~21ページ > 参照)。

(注2) 異動後の本俸月額が異動前の本俸月額より低額になる場合、合算申出や継続異動の手続きを行うことで職員の不利となることがありますので、手続きの際には異動後の本俸月額や勤務期間の見通し及び退職手当金額の見込みについて、職員と十分相談していただきますようお願いいたします。

6 その他の合算

(1) 共済契約対象外施設等へ異動した場合の合算

引き続き1年以上被共済職員である者が、その者に係る共済契約者の経営する共済契約対象施設等以外の施設・事業の業務に常時従事することを要するものとなったこと等により、この制度でいう退職となった場合、その者が退職した日から起算して5年以内に、退職手当金を請求しないで再び当該共済契約者に係る被共済職員となったときは、前後の被共済職員期間を合算することができます。

これに該当する手続きを行うためには『共済契約対象(外)施設等異動届』(様式第9号) <123ページ参照>の提出が必要です。

なお、契約対象外施設等への異動後に復帰せずに退職した場合や異動後5年以内に契約対象施設等に復帰しなかった場合は、退職手当金を請求することが出来ます。ただし、契約対象外施設等へ異動した日より5年を経過したときは、時効により退職手当金の支給を受ける権利が消滅します。

(2) 経営者の変更に伴う通算

共済契約対象施設等の経営者に変更が生じた場合において、変更前の共済契約者に使用されていた被共済職員で引き続き変更後の共済契約者に使用されるに至ったものは、変更前の共済契約者に使用される被共済職員となった時から引き続き変更後の共済契約者に係る被共済職員であったものとみなし、被共済職員期間を通算します。

(3) 解除に伴う通算

引き続き1年以上被共済職員であった者が、共済契約が解除(※)されたことにより被共済職員でなくなった日から起算して1か月以内に再び被共済職員となり、引き続き1年以上被共済職員であったときは、その者は、その間引き続き被共済職員であったものとみなして被共済職員期間を通算します。

(4) 解除に伴う合算

引き続き1年以上被共済職員であった者が、共済契約が解除(※)されたことにより被共済職員でなくなった日から起算して1か月を超え、同日から起算して5年以内に再び被共済職員となり、引き続き1年以上被共済職員であったときは、前後の被共済職員期間を合算します。

※ ここでいう「解除」とは、次の事由によります。

- ① 納付期限後2か月以内に掛金を納付しなかったことによる共済契約の解除。
- ② 共済職員について中小企業退職金共済法に基づく退職金共済契約を締結したことによる共済契約の解除。
- ③ 届出及び記録の作成保存等の義務履行の違反、立入検査の拒否又は妨害等を行ったことによる共済契約の解除。
- ④ 被共済職員全員の同意を得たことによる任意の共済契約の解除。
- ⑤ 施設全体の被共済職員全員の同意を得たことによる任意の共済契約の部分解除。
→共済契約の部分解除については、平成18年4月1日から適用されます。

IV. 退職手当金に関する事項

1 退職手当金の計算方式及び計算例

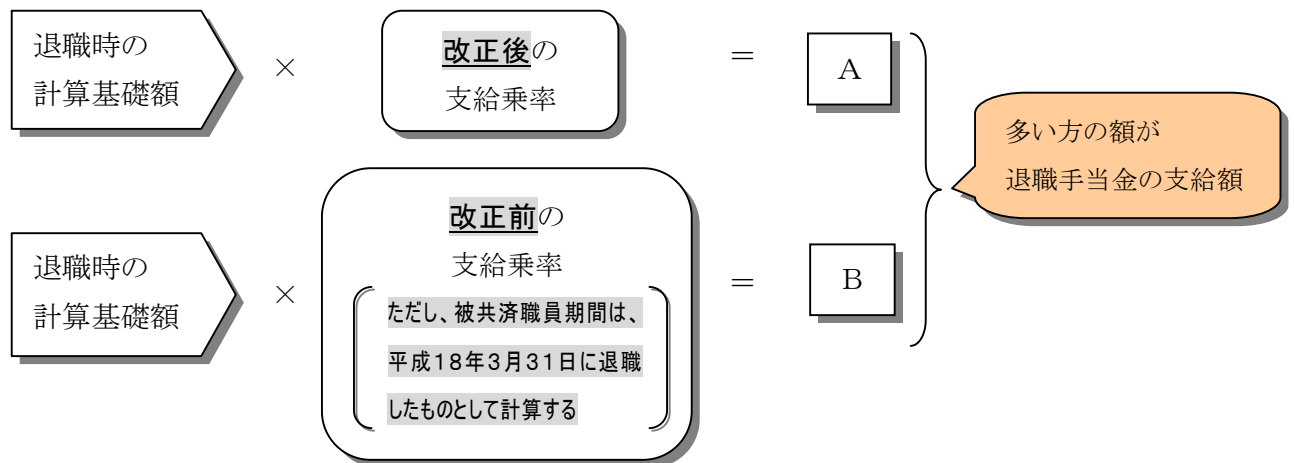
(1) 計算方式

退職手当金は、退職前6か月の平均本俸月額により該当する計算基礎額に退職理由別の被共済職員期間(1年未満の端数月は切り捨て)による支給乗率を乗じて得た額になります。

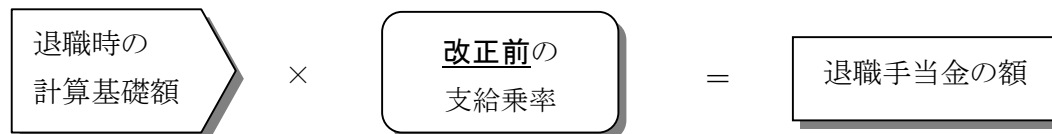
退職手当金＝計算基礎額×支給乗率<計算基礎額・支給乗率(32ページ参照)>

※ 平成18年4月1日以降の退職者について、経過措置が適用される場合の計算方法は次のとおりとなります。

次のAとBの額を比較し、多い方の額が退職手当金の支給額となります。



【参考】退職日が平成18年3月31日以前の場合



退職手当金が支給されないケース

- ① 共済契約者が掛金を納付していないとき
- ② 共済契約が解除されたとき
- ③ 被共済職員となった日から起算して1年未満で退職したとき
- ④ 被共済職員期間となる月の合計が12か月未満のとき
- ⑤ 自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により支給制限に該当する退職のとき
< 54ページ参照 >
- ⑥ 退職手当金の請求権が時効(退職した日の翌日から5年経過)により消滅しているとき
- ⑦ 合算制度の申出をしたとき < 28ページ参照 >

退職手当金計算基礎額表

(単位:円)

退職前6か月の 平均本俸月額	計算基礎額	退職前6か月の 平均本俸月額	計算基礎額
～ 73,999	62,000	205,000 ～ 219,999	205,000
74,000 ～ 85,999	74,000	220,000 ～ 234,999	220,000
86,000 ～ 99,999	86,000	235,000 ～ 249,999	235,000
100,000 ～ 114,999	100,000	250,000 ～ 264,999	250,000
115,000 ～ 129,999	115,000	265,000 ～ 279,999	265,000
130,000 ～ 144,999	130,000	280,000 ～ 299,999	280,000
145,000 ～ 159,999	145,000	300,000 ～ 319,999	300,000
160,000 ～ 174,999	160,000	320,000 ～ 339,999	320,000
175,000 ～ 189,999	175,000	340,000 ～ 359,999	340,000
190,000 ～ 204,999	190,000	360,000 ～	360,000

支給乗率表(普通退職の場合)

被共済 職員期間	退職日		被共済 職員期間	退職日	
	平成18年 3月31日以前	平成18年 4月1日以降		平成18年 3月31日以前	平成18年 4月1日以降
1年	0.600	0.540	26	35.250	31.725
2	1.200	1.080	27	36.750	33.075
3	1.800	1.620	28	38.250	34.425
4	2.400	2.160	29	39.750	35.775
5	3.000	2.700	30	41.250	37.125
6	4.500	4.050	31	42.500	38.250
7	5.250	4.725	32	43.750	39.375
8	6.000	5.400	33	45.000	40.500
9	6.750	6.075	34	46.250	41.625
10	7.500	6.750	35	47.500	42.750
11	8.880	7.992	36	48.750	43.875
12	9.760	8.784	37	50.000	45.000
13	10.640	9.576	38	51.250	46.125
14	11.520	10.368	39	52.500	47.250
15	12.400	11.160	40	53.750	48.375
16	13.280	11.952	41	55.000	49.500
17	14.160	12.744	42	56.250	50.625
18	15.040	13.536	43	57.500	51.750
19	15.920	14.328	44	58.750	52.875
20	21.000	18.900	45		54.000
21	22.200	19.980	46		55.125
22	23.400	21.060	47		56.250
23	24.600	22.140	48		57.375
24	25.800	23.220	49		58.500
25	33.750	30.375	50		59.625
			51		60.000

注) 1. 支給乗率は、60.000が上限です。

2. 業務上の傷病、業務上の死亡による退職の場合は、上記表より高い支給乗率が適用されます。

(2) 計算例

(ア) 平成18年4月1日以降に加入し、退職した場合

例) 平成18年4月1日に加入して、平成25年3月31日に普通退職(被共済職員期間 7年)
退職時平均本俸月額 230,000円

$$\text{計算基礎額 } 220,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 4.725 = \underline{1,039,500\text{円}}$$

「平成18年4月1日以降」の被共済職員期間
7年の支給乗率(改正後の支給乗率)
* 平成25年3月31日に退職した場合の被共済職員期間とする

1,039,500円
とする。

(イ) 平成13年4月1日以降に加入し、平成18年4月1日以降に退職した場合

例) 平成13年4月1日に加入して、平成25年3月31日に普通退職(被共済職員期間12年)
退職時平均本俸月額 200,000円

① 改正後支給乗率で試算

$$\text{計算基礎額 } 190,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 8.784 = \underline{1,668,960\text{円}}$$

「平成18年4月1日以降」の被共済職員期間
12年の支給乗率
* 平成25年3月31日に退職した場合の被共済職員期間とする

② 改正前支給乗率で試算

$$\text{計算基礎額 } 190,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 3.000 = 570,000\text{円}$$

「平成18年3月31日以前」の被共済職員期間
5年の支給乗率(改正前の支給乗率)
* 平成18年3月31日に退職とした場合の被共済職員期間とする

①,②を比較し、
1,668,960円
とする。

(ウ)平成13年3月31日以前に加入し、平成18年4月1日以降に退職した場合

例)平成6年4月1日に加入して、平成25年3月31日に普通退職(被共済職員期間 19年)

退職時平均本俸月額 290,000円

① 改正後支給乗率で試算

$$\text{計算基礎額 } 280,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 14.328 = 4,011,840\text{円}$$

「平成18年4月1日以降」の被共済職員期間
19年の支給乗率
* 平成25年3月31日に退職した場合の被共済職員期間とする

② 改正前支給乗率で試算

$$\text{計算基礎額 } 280,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 9.760 = 2,732,800\text{円}$$

「平成18年3月31日以前」の被共済職員期間
12年の支給乗率
* 平成18年3月31日に退職とした場合の被共済職員期間とする

③ 前回改正前支給乗率(平成13年4月施行)で試算

$$\text{計算基礎額 } 280,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 5.250 = 1,470,000\text{円}$$

「平成13年3月31日以前」の被共済職員期間
7年の支給乗率(掲載していません)
* 平成13年3月31日に退職とした場合の被共済職員期間とする

①～③を比較し、
4,011,840円
とする。

※ 機構ホームページ(<http://hp.wam.go.jp/>)に退職手当金計算シミュレーションを掲載していますので、こちらで退職手当金の試算ができます。



アクセス方法

- ① 機構ホームページ(<http://hp.wam.go.jp/>)の中にあるコンテンツの中から“退職手当共済事業”を選択します。
- ② “退職手当共済事業”のページが表示されますので、“退職手当金計算シミュレーション”を選択します。
- ③ 必要項目を入力します。
- ④ 退職手当金の試算ができます(退職手当金計算シミュレーションはあくまで目安です。実際の退職手当金額を保証するものではありません)。

(3) 退職手当金額早見表

普通退職(業務上の傷病又は業務上の死亡による退職を除く)

(単位：円)

計算基礎額 被共済職員期間	62,000	74,000	86,000	100,000	115,000	130,000	145,000	160,000	175,000	190,000
1年	33,480	39,960	46,440	54,000	62,100	70,200	78,300	86,400	94,500	102,600
2年	66,960	79,920	92,880	108,000	124,200	140,400	156,600	172,800	189,000	205,200
3年	100,440	119,880	139,320	162,000	186,300	210,600	234,900	259,200	283,500	307,800
4年	133,920	159,840	185,760	216,000	248,400	280,800	313,200	345,600	378,000	410,400
5年	167,400	199,800	232,200	270,000	310,500	351,000	391,500	432,000	472,500	513,000
6年	251,100	299,700	348,300	405,000	465,750	526,500	587,250	648,000	708,750	769,500
7年	292,950	349,650	406,350	472,500	543,375	614,250	685,125	756,000	826,875	897,750
8年	334,800	399,600	464,400	540,000	621,000	702,000	783,000	864,000	945,000	1,026,000
9年	376,650	449,550	522,450	607,500	698,625	789,750	880,875	972,000	1,063,125	1,154,250
10年	418,500	499,500	580,500	675,000	776,250	877,500	978,750	1,080,000	1,181,250	1,282,500
11年	495,504	591,408	687,312	799,200	919,080	1,038,960	1,158,840	1,278,720	1,398,600	1,518,480
12年	544,608	650,016	755,424	878,400	1,010,160	1,141,920	1,273,680	1,405,440	1,537,200	1,668,960
13年	593,712	708,624	823,536	957,600	1,101,240	1,244,880	1,388,520	1,532,160	1,675,800	1,819,440
14年	642,816	767,232	891,648	1,036,800	1,192,320	1,347,840	1,503,360	1,658,880	1,814,400	1,969,920
15年	691,920	825,840	959,760	1,116,000	1,283,400	1,450,800	1,618,200	1,785,600	1,953,000	2,120,400
16年	741,024	884,448	1,027,872	1,195,200	1,374,480	1,553,760	1,733,040	1,912,320	2,091,600	2,270,880
17年	790,128	943,056	1,095,984	1,274,400	1,465,560	1,656,720	1,847,880	2,039,040	2,230,200	2,421,360
18年	839,232	1,001,664	1,164,096	1,353,600	1,556,640	1,759,680	1,962,720	2,165,760	2,368,800	2,571,840
19年	888,336	1,060,272	1,232,208	1,432,800	1,647,720	1,862,640	2,077,560	2,292,480	2,507,400	2,722,320
20年	1,171,800	1,398,600	1,625,400	1,890,000	2,173,500	2,457,000	2,740,500	3,024,000	3,307,500	3,591,000
21年	1,238,760	1,478,520	1,718,280	1,998,000	2,297,700	2,597,400	2,897,100	3,196,800	3,496,500	3,796,200
22年	1,305,720	1,558,440	1,811,160	2,106,000	2,421,900	2,737,800	3,053,700	3,369,600	3,685,500	4,001,400
23年	1,372,680	1,638,360	1,904,040	2,214,000	2,546,100	2,878,200	3,210,300	3,542,400	3,874,500	4,206,600
24年	1,439,640	1,718,280	1,996,920	2,322,000	2,670,300	3,018,600	3,366,900	3,715,200	4,063,500	4,411,800
25年	1,883,250	2,247,750	2,612,250	3,037,500	3,493,125	3,948,750	4,404,375	4,860,000	5,315,625	5,771,250
26年	1,966,950	2,347,650	2,728,350	3,172,500	3,648,375	4,124,250	4,600,125	5,076,000	5,551,875	6,027,750
27年	2,050,650	2,447,550	2,844,450	3,307,500	3,803,625	4,299,750	4,795,875	5,292,000	5,788,125	6,284,250
28年	2,134,350	2,547,450	2,960,550	3,442,500	3,958,875	4,475,250	4,991,625	5,508,000	6,024,375	6,540,750
29年	2,218,050	2,647,350	3,076,650	3,577,500	4,114,125	4,650,750	5,187,375	5,724,000	6,260,625	6,797,250
30年	2,301,750	2,747,250	3,192,750	3,712,500	4,269,375	4,826,250	5,383,125	5,940,000	6,496,875	7,053,750
31年	2,371,500	2,830,500	3,289,500	3,825,000	4,398,750	4,972,500	5,546,250	6,120,000	6,693,750	7,267,500
32年	2,441,250	2,913,750	3,386,250	3,937,500	4,528,125	5,118,750	5,709,375	6,300,000	6,890,625	7,481,250
33年	2,511,000	2,997,000	3,483,000	4,050,000	4,657,500	5,265,000	5,872,500	6,480,000	7,087,500	7,695,000
34年	2,580,750	3,080,250	3,579,750	4,162,500	4,786,875	5,411,250	6,035,625	6,660,000	7,284,375	7,908,750
35年	2,650,500	3,163,500	3,676,500	4,275,000	4,916,250	5,557,500	6,198,750	6,840,000	7,481,250	8,122,500
36年	2,720,250	3,246,750	3,773,250	4,387,500	5,045,625	5,703,750	6,361,875	7,020,000	7,678,125	8,336,250
37年	2,790,000	3,330,000	3,870,000	4,500,000	5,175,000	5,850,000	6,525,000	7,200,000	7,875,000	8,550,000
38年	2,859,750	3,413,250	3,966,750	4,612,500	5,304,375	5,996,250	6,688,125	7,380,000	8,071,875	8,763,750
39年	2,929,500	3,496,500	4,063,500	4,725,000	5,433,750	6,142,500	6,851,250	7,560,000	8,268,750	8,977,500
40年	2,999,250	3,579,750	4,160,250	4,837,500	5,563,125	6,288,750	7,014,375	7,740,000	8,465,625	9,191,250
41年	3,069,000	3,663,000	4,257,000	4,950,000	5,692,500	6,435,000	7,177,500	7,920,000	8,662,500	9,405,000
42年	3,138,750	3,746,250	4,353,750	5,062,500	5,821,875	6,581,250	7,340,625	8,100,000	8,859,375	9,618,750
43年	3,208,500	3,829,500	4,450,500	5,175,000	5,951,250	6,727,500	7,503,750	8,280,000	9,056,250	9,832,500
44年	3,278,250	3,912,750	4,547,250	5,287,500	6,080,625	6,873,750	7,666,875	8,460,000	9,253,125	10,046,250
45年	3,348,000	3,996,000	4,644,000	5,400,000	6,210,000	7,020,000	7,830,000	8,640,000	9,450,000	10,260,000
46年	3,417,750	4,079,250	4,740,750	5,512,500	6,339,375	7,166,250	7,993,125	8,820,000	9,646,875	10,473,750
47年	3,487,500	4,162,500	4,837,500	5,625,000	6,468,750	7,312,500	8,156,250	9,000,000	9,843,750	10,687,500
48年	3,557,250	4,245,750	4,934,250	5,737,500	6,598,125	7,458,750	8,319,375	9,180,000	10,040,625	10,901,250
49年	3,627,000	4,329,000	5,031,000	5,850,000	6,727,500	7,605,000	8,482,500	9,360,000	10,237,500	11,115,000
50年	3,696,750	4,412,250	5,127,750	5,962,500	6,856,875	7,751,250	8,645,625	9,540,000	10,434,375	11,328,750
51年以上	3,720,000	4,440,000	5,160,000	6,000,000	6,900,000	7,800,000	8,700,000	9,600,000	10,500,000	11,400,000

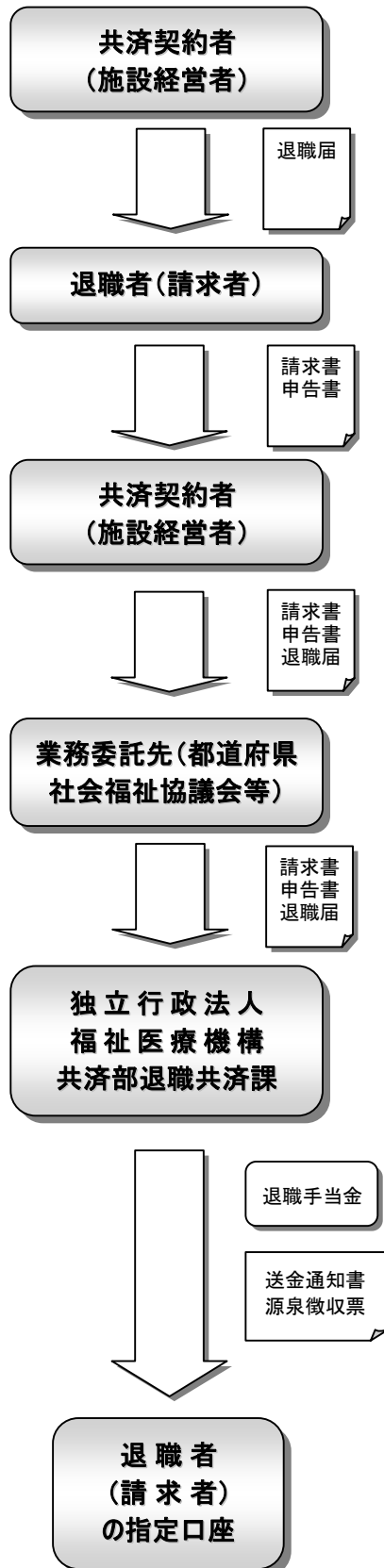
※ 平成18年3月31日以前に加入した方は、上記表より支給額が多くなる場合があります。

IV. 退職手当金に関する事項

(単位：円)

計算基礎額	205,000	220,000	235,000	250,000	265,000	280,000	300,000	320,000	340,000	360,000
被共済職員期間										
1年	110,700	118,800	126,900	135,000	143,100	151,200	162,000	172,800	183,600	194,400
2年	221,400	237,600	253,800	270,000	286,200	302,400	324,000	345,600	367,200	388,800
3年	332,100	356,400	380,700	405,000	429,300	453,600	486,000	518,400	550,800	583,200
4年	442,800	475,200	507,600	540,000	572,400	604,800	648,000	691,200	734,400	777,600
5年	553,500	594,000	634,500	675,000	715,500	756,000	810,000	864,000	918,000	972,000
6年	830,250	891,000	951,750	1,012,500	1,073,250	1,134,000	1,215,000	1,296,000	1,377,000	1,458,000
7年	968,625	1,039,500	1,110,375	1,181,250	1,252,125	1,323,000	1,417,500	1,512,000	1,606,500	1,701,000
8年	1,107,000	1,188,000	1,269,000	1,350,000	1,431,000	1,512,000	1,620,000	1,728,000	1,836,000	1,944,000
9年	1,245,375	1,336,500	1,427,625	1,518,750	1,609,875	1,701,000	1,822,500	1,944,000	2,065,500	2,187,000
10年	1,383,750	1,485,000	1,586,250	1,687,500	1,788,750	1,890,000	2,025,000	2,160,000	2,295,000	2,430,000
11年	1,638,360	1,758,240	1,878,120	1,998,000	2,117,880	2,237,760	2,397,600	2,557,440	2,717,280	2,877,120
12年	1,800,720	1,932,480	2,064,240	2,196,000	2,327,760	2,459,520	2,635,200	2,810,880	2,986,560	3,162,240
13年	1,963,080	2,106,720	2,250,360	2,394,000	2,537,640	2,681,280	2,872,800	3,064,320	3,255,840	3,447,360
14年	2,125,440	2,280,960	2,436,480	2,592,000	2,747,520	2,903,040	3,110,400	3,317,760	3,525,120	3,732,480
15年	2,287,800	2,455,200	2,622,600	2,790,000	2,957,400	3,124,800	3,348,000	3,571,200	3,794,400	4,017,600
16年	2,450,160	2,629,440	2,808,720	2,988,000	3,167,280	3,346,560	3,585,600	3,824,640	4,063,680	4,302,720
17年	2,612,520	2,803,680	2,994,840	3,186,000	3,377,160	3,568,320	3,823,200	4,078,080	4,332,960	4,587,840
18年	2,774,880	2,977,920	3,180,960	3,384,000	3,587,040	3,790,080	4,060,800	4,331,520	4,602,240	4,872,960
19年	2,937,240	3,152,160	3,367,080	3,582,000	3,796,920	4,011,840	4,298,400	4,584,960	4,871,520	5,158,080
20年	3,874,500	4,158,000	4,441,500	4,725,000	5,008,500	5,292,000	5,670,000	6,048,000	6,426,000	6,804,000
21年	4,095,900	4,395,600	4,695,300	4,995,000	5,294,700	5,594,400	5,994,000	6,393,600	6,793,200	7,192,800
22年	4,317,300	4,633,200	4,949,100	5,265,000	5,580,900	5,896,800	6,318,000	6,739,200	7,160,400	7,581,600
23年	4,538,700	4,870,800	5,202,900	5,535,000	5,867,100	6,199,200	6,642,000	7,084,800	7,527,600	7,970,400
24年	4,760,100	5,108,400	5,456,700	5,805,000	6,153,300	6,501,600	6,966,000	7,430,400	7,894,800	8,359,200
25年	6,226,875	6,682,500	7,138,125	7,593,750	8,049,375	8,505,000	9,112,500	9,720,000	10,327,500	10,935,000
26年	6,503,625	6,979,500	7,455,375	7,931,250	8,407,125	8,883,000	9,517,500	10,152,000	10,786,500	11,421,000
27年	6,780,375	7,276,500	7,772,625	8,268,750	8,764,875	9,261,000	9,922,500	10,584,000	11,245,500	11,907,000
28年	7,057,125	7,573,500	8,089,875	8,606,250	9,122,625	9,639,000	10,327,500	11,016,000	11,704,500	12,393,000
29年	7,333,875	7,870,500	8,407,125	8,943,750	9,480,375	10,017,000	10,732,500	11,448,000	12,163,500	12,879,000
30年	7,610,625	8,167,500	8,724,375	9,281,250	9,838,125	10,395,000	11,137,500	11,880,000	12,622,500	13,365,000
31年	7,841,250	8,415,000	8,988,750	9,562,500	10,136,250	10,710,000	11,475,000	12,240,000	13,005,000	13,770,000
32年	8,071,875	8,662,500	9,253,125	9,843,750	10,434,375	11,025,000	11,812,500	12,600,000	13,387,500	14,175,000
33年	8,302,500	8,910,000	9,517,500	10,125,000	10,732,500	11,340,000	12,150,000	12,960,000	13,770,000	14,580,000
34年	8,533,125	9,157,500	9,781,875	10,406,250	11,030,625	11,655,000	12,487,500	13,320,000	14,152,500	14,985,000
35年	8,763,750	9,405,000	10,046,250	10,687,500	11,328,750	11,970,000	12,825,000	13,680,000	14,535,000	15,390,000
36年	8,994,375	9,652,500	10,310,625	10,968,750	11,626,875	12,285,000	13,162,500	14,040,000	14,917,500	15,795,000
37年	9,225,000	9,900,000	10,575,000	11,250,000	11,925,000	12,600,000	13,500,000	14,400,000	15,300,000	16,200,000
38年	9,455,625	10,147,500	10,839,375	11,531,250	12,223,125	12,915,000	13,837,500	14,760,000	15,682,500	16,605,000
39年	9,686,250	10,395,000	11,103,750	11,812,500	12,521,250	13,230,000	14,175,000	15,120,000	16,065,000	17,010,000
40年	9,916,875	10,642,500	11,368,125	12,093,750	12,819,375	13,545,000	14,512,500	15,480,000	16,447,500	17,415,000
41年	10,147,500	10,890,000	11,632,500	12,375,000	13,117,500	13,860,000	14,850,000	15,840,000	16,830,000	17,820,000
42年	10,378,125	11,137,500	11,896,875	12,656,250	13,415,625	14,175,000	15,187,500	16,200,000	17,212,500	18,225,000
43年	10,608,750	11,385,000	12,161,250	12,937,500	13,713,750	14,490,000	15,525,000	16,560,000	17,595,000	18,630,000
44年	10,839,375	11,632,500	12,425,625	13,218,750	14,011,875	14,805,000	15,862,500	16,920,000	17,977,500	19,035,000
45年	11,070,000	11,880,000	12,690,000	13,500,000	14,310,000	15,120,000	16,200,000	17,280,000	18,360,000	19,440,000
46年	11,300,625	12,127,500	12,954,375	13,781,250	14,608,125	15,435,000	16,537,500	17,640,000	18,742,500	19,845,000
47年	11,531,250	12,375,000	13,218,750	14,062,500	14,906,250	15,750,000	16,875,000	18,000,000	19,125,000	20,250,000
48年	11,761,875	12,622,500	13,483,125	14,343,750	15,204,375	16,065,000	17,212,500	18,360,000	19,507,500	20,655,000
49年	11,992,500	12,870,000	13,747,500	14,625,000	15,502,500	16,380,000	17,550,000	18,720,000	19,890,000	21,060,000
50年	12,223,125	13,117,500	14,011,875	14,906,250	15,800,625	16,695,000	17,887,500	19,080,000	20,272,500	21,465,000
51年以上	12,300,000	13,200,000	14,100,000	15,000,000	15,900,000	16,800,000	18,000,000	19,200,000	20,400,000	21,600,000

2 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の作成から退職手当金の支給までの流れ



【共済契約者】

- 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の部分を記入・押印し、退職者(請求者)に渡します。

【退職者】

- 『退職手当金請求書』と『退職所得申告書』の部分を記入・押印し、経営者に提出します。その際に、退職理由、退職年月日、共済契約者名及び住所等を確認します。

【共済契約者】

- 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の白黒コピーを2部取ります。
- 記入した届書が機構提出用、コピーの1部が社協等提出用、もう1部が共済契約者控となります。
- 機構提出用、社協等提出用を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)に提出します。

【業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)】

- 必要事項を確認のうえ受理し、機構に送付します。事前に都道府県独自の制度による退職金を支給する場合は、この退職金の源泉徴収票を退職所得申告書に貼付して送付します。

【独立行政法人福祉医療機構】

- 受付、審査、内容確認(不備照会)
- 登録作業(コンピュータ入力)

□ 過去のデータ等はコンピュータで管理をしています。

提出された請求書・退職届の記載事項をコンピュータに入力し、突合します。記入誤り等が出た場合は、請求者又は共済契約者に問い合わせます。

□ 全国の数多くの方の退職手当金を正しく算出し、早期に支給するためには、コンピュータを稼働させ、確認する時間を必要とします。特に年度末退職者の多い時期は請求書の受付日順に処理するため時間がかかりますので予めご了承ください。

- 退職者の指定口座へ振込みし、送金通知書及び源泉徴収票を送付します。
- 共済契約者に支給決定状況報告を送付します。

3 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の作成・提出上の留意点

(1) 事前準備

約款様式第7号『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の入手方法等は以下のとおりです。

『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の用紙は、約款様式第7号をコピーしてお使いください。

また、機構のホームページ(<http://hp.wam.go.jp/>)から様式を印字し、お使いいただけます。印字する際は、用紙サイズが決まっておりますので、『退職手当金請求書・被共済職員退職届』と『退職所得申告書』の2枚を各々A4サイズで印字し、その印字された2枚のうち、『退職手当金請求書・被共済職員退職届』が左側、『退職所得申告書』が右側になるよう並べて複写し、A3サイズ1枚としてご使用ください。

(2) 『退職手当金請求書』・『退職所得申告書』の作成・提出する場合

ア. 退職手当金の請求は、退職者本人が行います。したがって、共済契約者は、『被共済職員退職届』の部分を記入・押印したうえ、退職手当金の請求対象となる者(職員)に対して、退職者本人が記入すべき事項、手続きなどを「退職手当金の請求手続きのご案内」のパンフレット等により説明して『退職手当金請求書』・『退職所得申告書』を配付してください。その際、退職者が『退職手当金請求書』(請求者欄、振込先金融機関欄)及び『退職所得申告書』に記入・押印のうえ、速やかに共済契約者に提出するよう指導してください。

イ. 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の記入誤りや記入漏れが多く見受けられます。正確に記入されていないと照会や確認に日時を要するため、退職手当金の支給が大幅に遅れることとなりますので、特に次のことを必ず確認してください。

(ア) 『退職手当金請求書』の住所と『退職所得申告書』の現住所が同一であるか。

(イ) 記入・押印漏れはないか。

ウ. 『退職手当金請求書』の提出後に届出の振込口座を機構に報告なく変更されると、退職手当金を振込むことができません。その場合、照会や変更届の提出が生ずるために退職手当金の支給が大幅に遅れることとなりますので、極力退職手当金が振込まれるまで振込口座を変更しないよう請求者に周知してください。

止むを得ず振込口座を変更する場合や結婚等により口座名義を変更する場合は、速やかに請求者本人から直接機構に連絡するよう併せて周知してください。

(3) 退職者が『退職手当金請求書』を提出しない場合

共済契約者は、職員が退職したときは、遅滞なく、被共済職員退職届を提出することになっていきますので(約款第21条)、退職者が退職手当金の請求対象者であるにもかかわらず退職手当金請求書部分を提出しない場合でも、**被共済職員退職届部分のみをすべて記入・押印し、速やかに業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)に提出してください。**この場合、理由が「所在不明」または「請求放棄」である時は、用紙の欄外のチェック欄口にチェックを入れてください。

退職者が被共済職員期間の合算を希望する場合や、「所在不明」、「請求放棄」、「1年未満」以外である時は、必ず、「退職者の連絡先」欄を記入してください。

被共済職員退職届部分のみを提出した後に、所在が明らかになったこと等により、退職者が退職手当金を請求するときは、再度、「退職手当金請求書・被共済職員退職届」を全て記入のうえ提出してください。

なお、退職手当金の支給を受ける権利は、退職した日の翌日から5年を経過すると時効により消滅し、退職手当金を受取ることができなくなりますので、お早めに手続きをお取りください。

(4) 1年未満の退職者

在籍期間(被共済職員となった日から退職までの期間)が1年未満の退職者に限り、次年度の『掛金納付対象職員届』に退職年月日等の必要事項を記入していただければ、『被共済職員退職届』の提出は不要となります。一方、在籍期間が1年以上で、被共済職員期間(在籍期間から被共済職員期間とならない月等の不算入月を除いた期間)が1年未満となる退職者の場合は、必ず、『被共済職員退職届』のみを速やかに業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)に提出してください。

4 被共済職員期間の合算

(1) 被共済職員期間の合算

一度退職をして被共済職員としての期間が継続しない場合であっても、下記条件ア～エを満たし、機構に申し出た場合は、前後の被共済職員期間を合算することができます。

- ア. 退職した際、被共済職員である期間(加入期間)が1年以上あること
- イ. 退職した際、退職手当金の請求を行っていないこと
- ウ. 退職後2年以内に再び被共済職員になること
- エ. 被共済職員が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職した場合でないこと

注) この措置は、平成18年4月1日以後に退職した者に適用されます。

(2) 『被共済職員退職届』の提出

被共済職員が合算を希望して退職した場合、共済契約者は被共済職員退職届部分のみをすべて記入・押印し、速やかに提出してください。その際、「合算申出の有無」欄の「有」に○を付け、「退職者の連絡先」欄を必ずご記入ください。

注1) 退職手当金の請求をした場合は、合算申出の手続きを取ることができなくなります。「合算申出の有無」欄の「有」に○を付ける場合は、『退職手当金請求書』と『退職所得申告書』は、記入しないでください。

注2) 被共済職員が、共済契約者間で異動(退職した日の翌日に採用)した場合は、合算申出ではなく、継続異動となりますので『共済契約者間継続職員異動届』を提出してください。

○被共済職員退職届 平成15年3月22日次のおり被共済職員が退職したので届け出ます。(共済契約者が記入して下さい)

職 員 番 号 00188	退職者氏名 漢字 神谷 町子 カタカナ カニヤ マチコ	退職理由 ① 普通退職(結婚・定年・私病などの自己都合による退職に該当するとき) ② 普通退職(平成13年3月31日以前加入者が①以外による退職に該当するとき) ③ 業務上の事故又は業務上の死亡による退職 ④ 犯罪等による退職
変更前の氏名 漢字 神谷 町子 カタカナ カニヤ マチコ	退職年月日 2003年 4月 15日	合算申出の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
生 年 月 日 6 2 0 7 0 1 2 5 0 3 1 5	退職者印 [印]	退職理由 ① 普通退職(結婚・定年・私病などの自己都合による退職に該当するとき) ② 普通退職(平成13年3月31日以前加入者が①以外による退職に該当するとき) ③ 業務上の事故又は業務上の死亡による退職 ④ 犯罪等による退職
退職月の直前の4月から退職月までの期間において 育児休業の申請があったもの	退職者の連絡先 住所 東京都大田区久保2丁目0番Δ号ニューハイム302号 電話(市外) 03-3438-9243	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
業務上の理由による 退職期間 2 4 0 9 0 5	退職者の連絡先 住所 東京都大田区久保2丁目0番Δ号ニューハイム302号 電話(市外) 03-3438-9243	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
被共済職員期間 とならない月 4月	退職者の連絡先 住所 東京都大田区久保2丁目0番Δ号ニューハイム302号 電話(市外) 03-3438-9243	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
5月	退職者の連絡先 住所 東京都大田区久保2丁目0番Δ号ニューハイム302号 電話(市外) 03-3438-9243	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
月 名 計	退職者の連絡先 住所 東京都大田区久保2丁目0番Δ号ニューハイム302号 電話(市外) 03-3438-9243	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
共済契約者番号 139999	氏名又は名称 社会福祉法人 O Δ 福社会	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
事務担当者氏名 甲野 花子	住 所 東京都港区虎ノ門4-3-13	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)
	連 絡 先 電話(市外) 03-(3438)局(0215) 番	退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済期間とならない月は除きます)

合算申出の有無の欄は有に○をつけてください。

退職者の連絡先を記入してください。

退職月の直前の4月からの従業状況等及び退職月以前6か月の本俸月額を漏れなくご記入ください。

(3) 被共済職員期間の合算希望者が、退職日から2年以内に被共済職員となった場合






退職日から2年以内に被共済職員となった場合は、合算希望であることを就職先の共済契約者へ申し出るよう指導してください。< 28ページ参照 > 『施設等新設届・申出書職員名簿』、『掛金納付対象職員届(4月1日加入に限る)』、『被共済職員加入届』又は『社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書職員名簿』>

(4) 被共済職員期間の合算希望者が、退職日から2年以内に被共済職員とならなかった場合

退職時に被共済職員期間の合算を希望していた退職者が、退職から2年以内に被共済職員とならなかった場合は、被共済職員期間の合算が適用されませんので、退職手当金の請求手続きが必要となります。通常の請求の手順と異なりますので、合算を希望した退職者には、退職の際には、次の「請求の手順」のコピーをお渡しいただいたうえ、請求の手順をお伝えください。(通常の手順と異なりますので、注意してください。)


【請求の手順】

退職者(請求者)

1. 『退職手当金請求書・被共済職員退職届(約款様式第7号)』を次のいずれかの方法で入手してください。
 - ① 退職した職場(共済契約者)から入手する。
 - ② 当機構のホームページからダウンロードする。
 - ③ ①②により入手できなかった場合は当機構から入手する。(電話照会してください。)
2. 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の退職手当金請求書の部分(請求者が記入する部分)を全て記入・押印してください。
3. 『退職所得申告書』に記入、押印してください。退職(被共済職員ではなくなった時)した際に、別途退職手当金の支給を受けている場合は、その内容を記載するとともに、源泉徴収票を貼付してください。
4. 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の退職手当請求書の部分と『退職所得申告書』の記入・押印が完了しましたら、退職した共済契約者(法人等)に対し、被共済職員退職届部分の記入を依頼してください。



共済契約者

5. 共済契約者は、退職者から『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の記入依頼を受けたときは、被共済職員退職届部分を記入・押印のうえ、業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)へ提出してください。



- ① 退職手当金の支給を受ける権利は、退職した日の翌日から5年を経過したときは、時効によって消滅しますので、注意してください。
- ② 被共済職員である期間から「共済契約対象施設等の業務に従事した日数が10日以下である月」を除いた月が12月に満たないときは、退職手当金は請求できません。
- ③ 共済契約者は、合算を希望した退職者に係る「被共済職員退職届」の控えを退職日から2年間保存してください。
- ④ 合算を希望した退職者に「被共済職員退職届」の写しをお渡しください。

5 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の記載及び留意点



『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の書式は大きく3つに区分され、それぞれの部分ごとに記入する人が決まっています。

請求者本人

(1) 『退職手当金請求書』の記載例
 < 43ページ参照 >

共済契約者

(2) 『被共済職員退職届』の記載例
 < 45～46ページ参照 >

(4) よくある記入誤りの例
 < 49～51ページ参照 >

(3) 『退職所得申告書』の記載例
 < 48ページ参照 >

・ 記入を間違えた場合は、修正液等で消さず、必ず二重線で訂正し、訂正印(※)を押印してください。

※『退職手当金請求書』及び『退職所得申告書』部分の訂正箇所には請求者本人の印、『被共済職員退職届』部分の訂正箇所には共済契約者の印が必要となります。退職届部分にはあくまでも共済契約者の印が必要ですので、事務担当者の印や代表者個人印(例えば理事長本人の個人印等)は、押印しないでください。(誤った記入例(< 51ページ > のケース3)を参照)

(1) 『退職手当金請求書』の記載例



必ず請求者本人が記入してください。

◎業務委託先(都道府県社会協議会等)に提出(約款様式第7号)

郵便番号は、必ず7桁で記入してください。

業務委託先

連絡先電話番号は、必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。携帯電話番号でも可です。

退職手当金請求書・被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長様

○退職手当金請求書：平成25年3月22日 次のおり退職手当金を請求します。(請求者が記入して下さい)←

請求者	312 請求者区分(続柄)	フリガナ	313	382 373 生年月日	379	連絡先電話番号	
	① 退職者本人 ② 相続人() ③ 遺族()	氏名	カミヤ マチコ	明治 大昭和 平成	年 月 日	市外局 局 番号	
振込先金融機関	郵便番号		403 住所	502			
	〒 145-0085		東京都大田区久々原2丁目0番△号ニユ-ハイツ302号				
振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んで下さい。							
福祉		銀行・信用組合		新橋		本店・支店	
		信用金庫・農業協同組合		支所・出張所			
口座番号 (右詰めで記入してください)		預金種目		請求者口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)		請求者以外の預金口座には送金できません	
577 054321		583 普通		585 カミヤ マチコ		605	

(在籍期間が一年未満の場合は記入不要)

「無し」の場合、請求書の記入が必要でず

(個人情報の取扱いに関する注意事項) 請求者又は退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

・記入を誤った場合は、**二重線で訂正後、請求者印による訂正印**を押印してください。
・修正液等で消さないでください。

・ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、漢数字の店名を記入し、いずれも○で囲まないでください。

・振込先金融機関の記入については、預金通帳、キャッシュカード等を参照して正しく記入してください。
<44ページ参照>
・口座番号は、右詰めで記入してください。

・請求者口座名義は、請求者本人に限ります。(家族名義では送金できません。)
・請求者口座名義は、左詰めで記入してください。
・濁点(・)、半濁点(゜)も1字に数えます。

・申告書の現住所と同じ住所になります。



- ① 合算を希望する退職者については、退職手当金請求書及び退職所得申告書の記入は必要ありません。
- ② 住民票記載事項証明書の市区町村長の証明欄は廃止となりました。

【振込先金融機関の記入方法】

請求者本人が記入する“振込先金融機関”の欄は、すべてを正しく記入する必要があります。

口座番号については、金融機関によっては7桁で表示していない場合がありますので、その際には右詰めで記入するようにしてください。記入の誤りがあった場合は、退職手当金の送金処理ができません。

また、金融機関の統廃合により、旧の金融機関を指定したために振込ができないケースが増えていますので、事前に振込先の金融機関を確認するようにしてください。

振込先金融機関	①金融機関名 ○× 銀行 信用組合 信用金庫・農業協同組合		②支店名 △□ 本店 支店 支所 出張所		
	口座番号 (右詰めで記入してください)	預金種目	請求者口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)		
	0 0 5 4 3 2 1	普通	カ	ミ	ヤ マ チ コ
	③口座番号		④口座名義		

ゆうちょ銀行へのお振込をご希望の場合

ゆうちょ銀行の口座へのお振込が可能となりましたが、現在、お持ちの記号・番号のままではお振込みすることが出来ません。ゆうちょ銀行へのお振込みの際には、振込用の「店名・預金種目・口座番号」が必要となります。ゆうちょ銀行・郵便局の貯金窓口まで、ゆうちょ銀行の通帳（通常貯金・通常貯蓄貯金に限ります）をお持ちいただき「店名・預金種目・口座番号」の記載を受けて、その内容を記入してください。（ゆうちょ銀行の振込用支店名は漢数字3桁で、最終桁が「八」になります。）

【ゆうちょ銀行へのお振込みの場合の記入例】

振込先金融機関	①金融機関名 ゆうちょ 銀行 信用組合 信用金庫・農業協同組合		②支店名(漢数字3桁で最終桁が「八」になります) △□八 本店 支店 支所 出張所		
	口座番号 (右詰めで記入してください)	預金種目	請求者口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)		
	0 0 5 4 3 2 1	普通	カ	ミ	ヤ マ チ コ
	③口座番号(7桁)		④口座名義		

(2)『被共済職員退職届』の記載例  共済契約者が記入してください。

○被共済職員退職届:平成25年3月22日 次のとおり被共済職員が退職したので届け出ます。(共済契約者が記入して下さい)

職員番号				退職者氏名 (氏名全部をカナ及び漢字で記入して下さい)				退職理由 (該当する番号を○で囲んで下さい)					
10	11	12	14	15	16	17	34	149	150	151	152		
0	0	1	8	8	カタカナ	漢字	カミヤマチコ 神谷町子	①…普通退職(結婚・定年・転職などの自己都合による退職に該当するとき)	②…普通退職(平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき)	③…業務上の傷病又は業務上の死亡による退職	④…犯罪等による退職		
変更前の氏名 (変更している場合のみ記入)				漢字				合算申出の有無 (該当するものを○で囲んで下さい)					
カタカナ				漢字				有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>					
生 年 月 日				退 職 年 月 日				退職者の連絡先					
1	2	3	4	135	141	143	148	郵便番号	847	853	電話番号	954	959
③	明	治	正	6	2	0	7	854	-	-	-	-	
4	大	昭	和	0	1	2	5	住所				953	
	平	成	成										

改姓した時は必ず旧姓を記入してください。

該当する退職理由に○を付けます。
退職理由により添付書類が必要な場合があります。
< 247ページ参照 >

退職手当金を請求する退職者については、「無」に○を付けてください。
合算を希望する退職者については、「有」に○を付けてください。
その場合は、『退職手当金請求書』及び『退職所得申告書』の記入は必要ありません。

職員番号は、『掛金納付対象職員届』で確認のうえ記入してください。

合算の申出が「有」の退職者及び「所在不明」・「請求放棄」・「1年未満」以外の場合で退職手当金請求書を提出しない退職者については、退職者の連絡先を必ず記入してください。

※ 退職月と同年度の4月から退職月までの期間になります。(退職月が4月の場合は、3月(前年度)までは『掛金納付対象職員届』で報告します。)

業務に従事した日数が10日以下の月		業務上の傷病による休業期間 (現認証明書の添付が必要)		退職月の直前の4月から退職月までの期間において		
被共済職員期間とならない月				育児休業の申請があったもの		
				170	2	3
				新規	変更	再取得
月名		計		178	179	180
4月		0		2	4	0
5月		0		7	1	0
		2		185	186	187
				出産日	年	月
				2	4	0
				185	186	187
				育児休業開始日	年	月
				2	4	0
				192	193	194
				育児休業終了日	年	月
				2	5	0
				975	976	977
				有	無	
				975	976	977
				1	2	
				824	825	826
				新規	変更	再取得
				826	827	828
				出産日	年	月
				833	834	835
				育児休業開始日	年	月
				840	841	842
				育児休業終了日	年	月
				976	977	978
				有	無	
				976	977	978
				1	2	

育児休業期間の月がある場合(育児休業を取得した場合)は記入してください。また「6か月の本俸月額」の欄ではその月は出勤したものとして扱ってください。
< 25~27ページ参照 >

育児休業期間については、既に『掛金納付対象職員届』で報告していれば再度記入する必要はありません。ただし、育児休業終了日に変更があった場合には「変更」に○を付け、すべての欄を記入してください。
< 25~27ページ参照 >

業務に従事した日数が10日以下の月は「被共済職員期間とならない月」となりますので、「6か月の本俸月額」の欄からはその月は除いてください。
< 24ページ参照 >

業務上の傷病による休業期間がある場合は、現認証明書を添付のうえ、期間(年月日まで)を記入してください。その期間については「6か月の本俸月額」の欄では出勤したものとして扱ってください。
< 24ページ参照 >

退職日が月末でない場合は、その前月から遡って記入してください。
被共済職員期間とならない月は記入しないでください。

「特殊業務手当」「給与特別改善費」など、俸給の調整額に該当するものがある場合は、必ず名称を記入してください。
< 22ページ参照 >

退職した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)														
年 月		俸 給 表 の 額						〈俸給表の額とは別掲〉 俸給の調整額(※2) 手当名(特殊業務手当)						
(平成)	(年)	(月)	(円)						(円)					
199	2	5	0	2	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
218	2	5	0	1	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
237	2	4	1	2	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
256	2	4	1	1	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
275	2	4	1	0	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
294	2	4	0	9	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0

日給月給・時給制の場合の格付け本俸の計算方法については、実支給額ではなく、雇用契約に基づき統一された金額を記入してください。
< 23ページ参照 >

育児休業、介護休業、休職等で本俸が減額されている場合は、実支給額ではなく、格付けされた本俸月額を記入してください。

この6か月の平均本俸月額によって該当する計算基礎額を基に退職手当金が算定されます。
< 31~32ページ参照 >

共済契約者番号 139999	共済契約者 氏名又は名称 住所 社会福祉法人○△福祉会 東京都港区虎ノ門4-3-13	カード 1 2 7 8
事務担当者氏名 甲野花子	連絡先 電話(市外局 03)(3438局)(0215番)	

(注)退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合は、「被共済職員退職届」のみを記入し速やかに提出してください。この場合、次の理由に該当する場合は口の中にチェックを入れてください。その他の理由がある場合は欄外に記載してください。[口所在不明 口請求放棄 口一年未満]

共済契約者番号は、『掛金納付対象職員届』で確認のうえ記入してください。

共済契約者印を必ず押印してください。

該当する場合はチェックしてください。(例) 所在不明 請求放棄 一年未満
一年未満以外の場合は、退職した月以前6か月の本俸月額をご記入してください。

記載内容についてのお問合せや確認書類の提出を依頼する場合がありますので、必ず記入してください。

- 『被共済職員退職届』部分の記入を間違えた場合は、事務担当者の印ではなく、必ず共済契約者の印(法人の場合は代表者印)による訂正印を押印してください。
- 修正液等で消して上書きしないでください。

【退職理由区分】

No	退職理由	添付書類
①	普通退職（結婚、定年、転職、雇用契約期間満了など ※1） ・平成13年4月1日以降に加入した職員が、②の(1)から(6)に該当する理由による退職の場合	・遺族、相続人請求の場合は、㊦52～53ページを参照
②	普通退職 ・平成13年3月31日以前に加入した職員が、平成13年4月1日以降に退職し、右の(1)から(6)に該当する理由による退職の場合	(1) 業務上以外の死亡による退職 ・死亡診断書(写) ・遺族、相続人請求の場合は、㊦52～53ページを参照
		(2) 共済契約対象外施設等への配置換による退職 ・共済契約者の発行する配置換命令書(写) ・共済契約者の定款
		(3) 社会福祉施設等の施設の廃止又は休止による退職 ・社会福祉施設等の施設の廃止又は休止を証する書類
		(4) 業務上以外の傷病による退職 ・共済契約者が発行する事情説明書 ・障害厚生年金の受給を証する書類又は障害の程度が厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に該当することの医師の診断書
		(5) 社会福祉施設等の移転により通勤が不可能又は困難となったことによる退職 ・通勤が不可能又は困難となったことの共済契約者が発行する事情説明書
		(6) 社会福祉施設等の定員の減少等により職員定数に過員が生じたことによる退職 ・社会福祉施設等の入所定員の減少、減少前後の入所定員を証する書類 ・入所定員減少前後の職員名簿 ・保育所の保育士の場合は、措置児童数の変更状況を証する書類及び前年度及び当年度の4月1日現在の職員名簿
③	業務上の傷病により障害の状態になったことによる退職	労災保険の適用を受ける者であるとき(※2) ・障害補償給付又は傷病補償年金の支給決定通知書(写) ・共済契約者が発行する現認証明書 ・障害厚生年金の受給を証する書類又は障害の程度が厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に該当することの医師の診断書等
	業務上の死亡による退職	労災保険の適用を受ける者であるとき(※2) ・葬祭料の支給決定通知書(写) ・死亡診断書(写) ・共済契約者が発行する現認証明書 ・遺族、相続人請求の場合は、㊦52～53ページを参照
④	犯罪行為又は重大な非行による退職	・犯罪等の概要(発覚した時期、犯罪等を犯した期間・回数・被害の程度) ・共済契約者の処分の状況(辞令の写) ・理事会議事録(写) ・就業規則(写) ・労働基準監督署の解雇予告除外がある場合の認定書(写) ・判決があった場合の判決書(写) ・新聞記事(写) ・その他関係書類

※ 1 給食部門の外部委託に伴う調理員の退職、勸奨退職等は、①普通退職に該当します。

※ 2 労災の適用を受けない退職者で、③業務上の傷病により障害の状態になったことによる退職若しくは業務上の死亡による退職に該当する方は、別途機構にご連絡ください。

(3) 『退職所得申告書』の記載例

在職中に障害者となったことが直接の原因で退職した場合は「障害」を○で囲み、() 内に障害等級、身体障害者手帳の交付年月日を記載します。その他の人は「一般」を○で囲みます。

退職した年の1月1日現在で生活保護法による生活保護を受けている場合は、生活扶助の「有」を、その他の人は「無」を○で囲みます。

退職した年の1月1日現在の住所を記入します

◎ この申告書は必ず記入・押印して、退職所得の源泉徴収票へ特別徴収票又はその写しを必ず添付して徴収されます。

源泉徴収票貼付欄
のりづけとし、ホチキスでとめないでください。

芝 税務署長 市町村民長 殿 平成 25 年分 退職所得の受給に関する申告書 退職所得申告書

退職手当の支払者
所在地 〒05-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号
名称 独立行政法人福祉医療機構

氏名 神谷 剛子
現住所 〒145-0085 東京都大田区久が原2丁目0番△号ニユーハイツ302号
現在の住所 東京都大田区久が原2丁目0番△号ニユーハイツ302号

A このA欄には、全ての人が記載してください。(あなたが前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)

① 退職手当等の支払を受けたこととなった年月日 25年 3月 15日
② 退職の区分等 一般 () 生活扶助の有・無 有 () 無 (○)

③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間 自 23年 3月 1日 年 至 25年 3月 15日 3年
うち うち うち
特定役員等勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年
重複勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年

B あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。

④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
うち うち
特定役員等勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
重複勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年

C あなたが前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金としては、14年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。

⑥ 前年以前4年内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)の退職手当等についての勤続期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
⑦ ③又は⑤の勤続期間と重複している期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
うち うち
特定役員等勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
重複勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年

D A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。

⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
うち うち
特定役員等勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
うち うち
特定役員等勤続期間 有 () 無 (○) 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
⑩ ⑧又は⑨の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
⑪ ⑦と⑩の通算期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年
⑫ ⑧と⑪の通算期間 自 年 月 日 年 至 年 月 日 年

E B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。

区分	退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	収入金額 (円)	源泉徴収額 (円)	特別徴収税額 (円)	支払を受けた年月日	退職の区分	支払者の所在地 (住所)・名称(氏名)
一般						一般・障害	
特定役員							
c							

現住所は退職手当金請求書の住所と同一となります。

③は所得税法上の勤続期間であり、加入期間とその年数(1年未満は切上げ)を記入します。この場合は、2年1か月ですので、3年とします。

※退職手当金算定の被共済職員期間(1年未満は切捨て)とは異なります。<24ページ参照>

(注意) 1 この収入金額は、退職手当等の金額から、退職手当等の支払に要する金額を控除した金額です。
2 Bの退職手当等がある人は、その退職手当等について記載してください。
3 支払を受けた退職手当等の金額の計算の基礎となる勤続期間、年数及び収入金額等を所定の欄に記載してください。

(4) よくある記入誤りの例

× 誤った記載例(ケース1)

退職年月日					
年	月	日			
2	5	3	1	5	

- ・ 日給6,000円、週5日勤務(雇用契約上の金額・勤務日数)
- ・ 平成25年3月15日に退職
- ・ 11月と12月は出勤日数が10日以下

× 退職日が月末でないのに3月が含まれています

退職月の直前の4月から退職月までの期間において				退職した月以前6か月の本俸月額													
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年	月	俸給表の額						俸給の調整額 ()					
		1. 新規	2. 変更														
月名	計	出産日		25年	3月	1	0	3	4	6	2						
11月 12月	02	育児休業開始日		25年	2月	1	5	8	6	9	2						
		育児休業終了日		25年	1月	1	6	5	3	1	1						
				24年	12月		5	3	4	1	1						
			24年	11月		5	8	6	9	3							
		24年	10月	1	6	8	6	4	9								

× 被共済職員期間とならない月が含まれています

× 実支給を記入しているため、バラツキがあります

◎ 正しい記載例

退職年月日					
年	月	日			
2	5	3	1	5	

◎ 退職日が末日でない場合は、6か月本俸に含めません

退職月の直前の4月から退職月までの期間において				退職した月以前6か月の本俸月額													
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年	月	俸給表の額						俸給の調整額 ()					
		1. 新規	2. 変更														
月名	計	出産日		25年	2月	1	2	6	0	0	0						
11月 12月	02	育児休業開始日		25年	1月	1	2	6	0	0	0						
		育児休業終了日		24年	10月	1	2	6	0	0	0						
				24年	9月	1	2	6	0	0	0						
			24年	8月	1	2	6	0	0	0							
		24年	7月	1	2	6	0	0	0								

◎ 被共済職員期間とならない月は、6か月本俸には含めません

◎ 日給6,000円×21日=126,000円を格付本俸として、統一した金額を記入します
 < 23ページ参照 >

× 誤った記載例(ケース2)

退職年月日				
年	月	日		
25	3	1		

- ・ 月給193,500円で特殊業務手当15,480円の職員
- ・ 平成25年3月31日に退職
- ・ 11月に欠勤したが、10日を超える日数を出勤している
- ・ 3月は6日出勤し、年休を15日取っている

× 該当する手当の名称が未記入となっています

退職月の直前の4月から退職月までの期間において				退職											
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年 月	俸給表の額					↓ 俸給の調整額 ()					
		1. 新規	2. 変更												
月名	計	出産日		25年 2月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
				25年 1月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
		育児休業開始日		24年12月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
				24年11月	1	0	1	3	5	7					0
		育児休業終了日		24年10月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
				24年 9月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0

× 末日の退職で、業務に従事した日数が10日を超えているにもかかわらず、3月が含まれていません

× 欠勤により減額された本俸を記入しています

◎ 正しい記載例

退職年月日				
年	月	日		
25	3	1		

◎ 該当する手当がある場合は、必ずその名称を記入します
< 22ページ参照 >

退職月の直前の4月から退職月までの期間において				退職した月以前6か月の本俸月額											
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年 月	俸給表の額					↓ 俸給の調整額 (特殊業務手当)					
		1. 新規	2. 変更												
月名	計	出産日		25年 3月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
				25年 2月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
		育児休業開始日		25年 1月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
				24年12月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
		育児休業終了日		24年11月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0
				24年10月	1	9	3	5	0	0	1	5	4	8	0

◎ 末日の退職で、業務に従事した日数が10日を超える場合は、退職した月から遡って記入します
(1年に20日以内の年次有給休暇は出勤した日とみなすことができます)
< 24ページ参照 >

◎ 欠勤があっても、その月に10日を超える出勤日数があれば格付本俸を記入します

× 誤った記載例(ケース3)

退職年月日				
年	月	日		
25	3	3	1	

- ・ 月給167,400円の職員
- ・ 平成25年3月31日に退職
- ・ 育児休業を取っている

× 通勤手当や管理職手当、扶養手当等はいりません
 < 22ページ参照 >

退職月の直前の4月から退職月までの期間において			業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年月	俸給表の額	俸給の調整額 (通勤手当)										
月名	計	1. 新規	2. 変更		出産日	育児休業開始日													
12月	04		2	4	1	0	0	5	24年11月	1	6	7	4	0	0	8	0	0	0
1月			2	4	1	2	0	1	24年10月	1	6	7	4	0	0	8	0	0	0
2月			2	5	0	3	3	1	24年9月	1	6	7	4	0	0	8	0	0	0
3月			2	5	0	3	3	1	24年8月	1	6	7	4	0	0	8	0	0	0
								24年7月	1	6	7	4	0	0	8	0	0	0	
								24年6月	1	6	7	4	0	0	8	0	0	0	

× 育児休業期間が欠勤の扱いにされています

× 訂正箇所に事務担当者の訂正印が押されています

◎ 正しい記載例

退職年月日				
年	月	日		
25	3	3	1	

退職月の直前の4月から退職月までの期間において			業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年月	俸給表の額	俸給の調整額 ()										
月名	計	1. 新規	2. 変更		出産日	育児休業開始日													
	00		2	4	1	0	0	5	25年3月	1	6	7	4	0	0				
				2	4	1	2	0	1	25年2月	1	6	7	4	0	0			
				2	4	1	2	0	1	25年1月	1	6	7	4	0	0			
				2	5	0	3	3	1	24年12月	1	6	7	4	0	0			
									24年11月	1	6	7	4	0	0				
									24年10月	1	6	7	4	0	0				

◎ 育児休業期間は出勤扱いとなりますので、無給であっても6か月本俸に含めます
 被共済職員期間とならない月には記入しません
 < 25ページ参照 >

◎ 訂正印は共済契約者の印を押します

6 遺族・相続人による請求手続きの留意点

退職手当金の請求者が、遺族、相続人の場合、請求書・退職届のほかに次の添付書類が必要になります。また、受給権者については、優先順位がありますので注意してください。

(1) 遺族が請求する場合（死亡による退職）


ア. 受給権者の順位及び添付書類(受給者の順位は共済法により次のとおりとなっています)

順位	受給権者		添付書類
第1グループ	1	戸籍上の配偶者	① 死亡診断書(写) ② 配偶者の戸籍謄本(但し、被共済職員の死亡後に別戸籍となっている場合は、配偶者の戸籍謄本のほか被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本)
		内縁の妻又は夫	① 死亡診断書(写) ② 被共済職員の死亡及び戸籍上の配偶者がいないことを証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 内縁の妻又は夫の戸籍謄本 ④ 内縁関係についての「生計維持に関する調査書」(様式11号)及び被共済職員の死亡当時の世帯員の状況を明らかにすることができる住民票の謄本
第2グループ	2 3 4 5 6 7	生計維持関係あり	① 死亡診断書(写) ② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 被共済職員の死亡当時、主として被共済職員の収入によって生計を維持していたことを証する「生計維持に関する調査書」(様式11号) ④ 被共済職員と請求者の身分関係及び先順位の遺族がいないことを証する戸籍謄本(除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む) ⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者が除籍されている場合は、請求者の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
		子	
		父母	
		孫	
		祖父母	
第3グループ	8 9 10 11 12	生計維持関係なし	① 死亡診断書(写) ② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 被共済職員の死亡当時、主として被共済職員の収入によって生計を維持していた親族がいないことを証する「生計維持に関する調査書」(様式11号) ④ 被共済職員と請求者の身分関係及び先順位の遺族がいないことを証する戸籍謄本(除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む) ※被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本 ⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者が除籍されている場合は、請求者の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
		子	
		父母	
		孫	
		祖父母	
		兄弟姉妹	
		その他の親族	

イ. 同順位者が2人以上いる場合

上表中の順位2～7及び順位8～12の者において、同順位者の遺族が2人以上いる場合は、同順位者の遺族の中から代表者を定め、その者が請求者となる『㊦退職手当金請求書』を作成し、他の者が作成したその者に対しての退職手当金の請求及び受取についての委任状(様式12号)を添付してください。

ウ. 遺族が未成年者の場合

未成年者の親権者又は後見人が請求者となる『退職手当金請求書』を作成し、その者が親権者又は後見人であることが記載されている未成年者の戸籍謄本を添付してください。

※生計維持に関する調査書及び委任状は、機構ホームページからダウンロードすることができます。

<http://hp.wam.go.jp/>（退職手当共済事業→各種届出様式）

The image shows two forms side-by-side. The left form is the 'Retirement Allowance Request Form' (退職手当金請求書) and the right form is the 'Power of Attorney' (委任状). Both forms are from the 'Japan Pension Service' (日本年金機構).

(2) 相続人が請求する場合（退職後、退職手当金を受取る前に死亡）

ア. 受給権者の順位及び添付書類(受給者の順位は民法により次のとおりとなっています)

順位	受給権者	添付書類
1	配偶者及び子、孫等 (直系卑属)	① 配偶者の戸籍謄本(但し、被共済職員の死亡後に別戸籍となっている場合は、配偶者の戸籍謄本のほか被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本) ※被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本 ② 上記①の戸籍謄本より子が除籍されている場合は、子の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
2	配偶者及び父母、祖父母等 (直系尊属)	① 第1順位の①に同じ ② 被共済職員と請求者の身分関係及び先順位の相続人がいないことを証する戸籍謄本(除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む) ※被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本 ③ 上記②の戸籍謄本より請求者が除籍されている場合は、請求者の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
3	配偶者及び兄弟姉妹	第2順位に同じ

イ. 同順位者が2人以上いる場合

遺族請求の場合のイと同じです。

ウ. 相続人が未成年者の場合

遺族請求の場合のウと同じです。

7 支給の制限

(1) 犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職した場合

次のような場合は、支給制限に該当するおそれがありますので、退職理由区分の「④犯罪等による退職」として届け出るようになります。(退職理由区分< 47ページ>を参照)

- ア. 「犯罪行為」については、刑罰法規により刑罰を科するに値する行為であって、禁錮以上の刑に処せられたもの(執行猶予の有無は考慮しない)又は起訴されているものです。
- イ. 「その他これに準ずべき重大な非行」については、起訴されていないもので、犯罪行為に準ずる程度の反社会性をもった行為と認められるものです。例えば、被共済職員が施設又は事業の利用者に対する身体傷害や財産侵害、又は施設・事業の財産侵害をした場合などです。

(注) 退職共済制度の支給制限規定と就業規則等の退職理由との関係は、就業規則等において依願退職となる場合でも退職共済制度では犯罪等に該当するケースもあります。また、懲戒解雇となる場合は、一般的には退職共済制度の支給制限に該当することが多いと思われませんが、必ずしも一致するものではなく、共済法および約款等に基づき判断されることとなりますので、ご注意ください。

(2) 遺族であっても退職手当金が支給されない場合

- ア. 被共済職員を故意に死亡させた者
- イ. 被共済職員が死亡した場合に、被共済職員の死亡によって退職手当金の支給を受けるべき者(自分より先の順位の者又は自分と同順位の者)を被共済職員の死亡前に故意に死亡させた者

(3) 退職手当金の返還請求

約款第43条に規定されているように、偽りその他不正の行為により退職手当金の支給を受けた者や、共済契約者が提出する退職届の退職理由を「犯罪等」に該当するにもかかわらず、「普通退職」として届出し、支給されたときは、共済契約者も連帯して返還していただくこととなります。

<参考> 社会福祉施設職員等退職手当共済約款
(退職手当金の返還)

第43条 偽りその他不正の行為により退職手当金の支給を受けた者がある場合は、機構は、その者から当該退職手当金を返還させることができます。この場合において、その支給が当該共済契約者の虚偽の証明又は届出によるものであるときは、機構は、当該共済契約者に対して、支給を受けた者と連帯して退職手当金を返還させることができます。

8 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の記載事項チェック項目

施設所在地の都道府県社会福祉協議会等へ提出する前に、下記のチェック表で『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の記載事項を確認してください。

請求書等記載欄			退職届記載欄		
チェック欄	チェック項目		チェック欄	チェック項目	
	1	請求者本人が記入しましたか？		1	共済契約者が記入しましたか？
	2	請求者区分に○をつけましたか？		2	職員番号に誤りはないですか？
	3	請求者の印鑑を押印しましたか？		3	氏名の漢字に誤りはないですか？
	4	生年月日を記入しましたか？		4	退職年月日の漏れはないですか？
	5	連絡先電話番号を記入しましたか？		5	被共済職員とならない月の確認をしましたか？
	6	郵便番号7桁を記入しましたか？		6	格付けされた本俸が記入されていますか？
	7	振込先金融機関を記入しましたか？		7	共済契約者番号に誤りはないですか？
	8	退職所得申告書に記入・押印しましたか？		8	共済契約者の印(法人の場合は代表者印)を押印しましたか？
	9	退職手当金請求書の住所と退職所得申告書の現住所は同一ですか？		9	退職理由は該当する理由に○がついていますか？
	10	誤りがないか再確認しましたか？		10	合算申出の有無に○がついていますか？

注意！**Caution!**

『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の記載事項に、不備あるいは記入漏れや必要な書類の添付がないと、退職手当金の支給時期の遅れの原因となります。

必ず上記「チェック項目」を活用して正確なものを提出してください。

V. 共済制度運営上の留意事項

1 職員への共済制度加入と制度の周知

毎年度の掛金納付請求時には、退職手当金の請求手続きのご案内(パンフレット)を作成・送付するとともに、当機構のホームページにも掲載しておりますので、職場内に掲示・供覧等の方法により、被共済職員に対して制度内容の周知徹底を行ってください。

特に、新規採用等により、新たに被共済職員になった職員については、被共済職員となった旨及び制度内容について必ず周知してください。

同様に、社会福祉施設等新設、特定介護保険施設等又は申出施設等の申出承諾の場合、その旨を被共済職員に周知してください。

また、被共済職員が退職した場合、退職手当金の請求手続き等について、退職者に必ず説明をし、請求漏れのないようご注意ください。



なお、機構ホームページの「退職手当共済事業コーナー」に、事業のあらまし、共済約款、退職手当金の請求手続のご案内等を掲載しておりますので、ご利用いただくよう被共済職員に周知してください。

当機構ホームページへのアクセス方法は以下のとおりです。

1. 当機構ホームページ(<http://hp.wam.go.jp/>)を開きます。又は検索サイトで「福祉医療機構」と入力し検索してください。(WAMNETページとお間違えにならないようご注意ください。)
2. コンテンツの中から「退職手当共済事業」をクリックします。

検索

検索サイトで、「福祉医療機構 共済事業」と入力して検索すると、当機構ホームページの「退職手当共済事業」がヒットしやすいのでお試しください。

2 退職手当金に関する規定

本制度を利用し、退職手当金を支給することとした場合、当該事項に関する規定を就業規則、給与規程又は退職金規程(以下「就業規則等」という。)に定めなければなりません。本制度は共済法に基づき実施されていますので、共済法に合致しない規定を就業規則等に設けることはできません。

以下の主な注意点を確認のうえ、現行の就業規則等が合致しない場合、改正の手続きをお取りください。

(1) 制度の運営方式について

本制度の財政運営は賦課方式を採用しています。積立方式ではありませんので、「毎年度掛金を積み立てるといふ」定めは的確ではありません。(賦課方式については < 11ページ参照 >)

(2) 加入対象職員について

本制度では、加入要件を満たす職員は、正規職員に限らず、非常勤・パート等全員を加入させなければなりません。

非常勤職員の就業規則等で、「退職金は支給しない」という定めはできません。(加入要件については < 15ページ参照 >)

(3) 掛金について

全額、共済契約者の負担になります。

職員個人の負担は一切ないので、「掛金は職員から徴収する」という定めはできません。

(4) 懲戒解雇等された場合の退職手当金について

懲戒解雇された職員であっても、一律に不支給となるわけではありません。

被共済職員が自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職した場合を除き、退職手当金は支給されますので、「懲戒解雇の場合、退職金は支給しない」という定めはできません。

3 個人情報の保護

個人情報の保護に関する法律として、平成17年4月から「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」が施行されました。この法律は個人情報の不適正な取扱いによる個人の権利利益の侵害を未然に防止するため、独立行政法人等個人情報の取扱いに当たって守るべきルールを定めた法律です。この法律により、独立行政法人等は保有している個人情報の漏えい等の防止のために必要な措置を講じなければならないこととされています。これに基づき個人情報の漏えい等を防止するため、次のような措置を講じています。

- ① 約款に「機構は、被共済職員等に係る個人情報を退職手当共済業務及びこれに附帯する業務に必要な範囲で利用することとし、その保護に努めるものとする」旨を明記しています。機構へご提出いただいた、当該事業に係る個人情報及び顧客情報については、業務遂行のために使用するほか、機構業務の中でお客様サービスの向上のために使用することがあります。また業務上知り得たお客様に関する情報は、漏洩防止に努めて適切に管理し、機構が定める期間経過後に焼却等により破棄しております。詳細は、福祉医療機構ホームページ「個人情報保護指針」をご覧ください。

※『退職手当金請求書・被共済職員退職届』にも同様の内容が記載されています。

- ② 退職者から寄せられる退職手当金の支給時期や支給額についての電話照会については、本人確認が困難であり、その請求者が退職者本人以外の者であった場合、退職者の権利利益を侵害するおそれがあることから、次の事項を確認したうえで退職手当金請求書記載の住所地に文書で回答することとしています。したがって、退職者本人以外の方からの照会には回答しておりません。

<確認事項>

氏名、生年月日、前勤務先、振込先金融機関名、退職年月日、照会事項、文書で回答することの可否。

- ③ 『退職手当金請求書・被共済職員退職届』の機構での受付確認(機構が受付しているかどうか)の照会については、退職者の氏名、生年月日、前勤務先等を確認したうえで、電話により回答します。

4 時効の防止

退職手当金の支給を受ける権利は、退職した日の翌日から5年を経過すると時効となります。時効が完成した場合、退職手当金が支給できない場合があります。当機構では、時効防止のため、

制度の周知徹底や、未請求者に対する照会、早期提出依頼を行っていますが、毎年度多くの失効者が発生しています。時効を防止するには、共済契約者のご協力が必要となります。

については、共済契約者においても、退職者に対し請求漏れのないようご指導いただくとともに、退職手当金が支給されるまでの間は、退職者の退職後の所在地等連絡先について把握していただくよう、ご協力をお願いします。

また、合算を希望した退職者が退職から2年以内に被共済職員とならなかった場合は、退職手当金の請求手続きが必要となるため、退職者にその旨を連絡するために、平成20年度より、「退職手当金請求書・被共済職員退職届」に、退職者の連絡先欄を設けていますので記入漏れのないようお願いいたします。

5 不正退職の防止

本共済制度は社会福祉法人の相互扶助の精神に基づくものであり、その趣旨に反するような退職金の不正受給等が疑われる場合は、機構において詳しく聴取させていただくことがあります。不正退職については、共済法第28条の虚偽の届出による処罰の対象となると共に、詐欺罪に該当する恐れがありますので十分注意してください。

また、偽りその他不正の行為により退職手当金の支給を受けたもの者がある場合、機構は、その者から当該退職手当金を返還させること、さらに、その支給が当該共済契約者の虚偽の証明又は届出によるものであるときは、当該共済契約者に対して、支給を受けた者と連帯して退職手当金を返還させることとなりますのでご注意ください。

VI. 共済契約者が作成・提出する諸届

1 諸届一覧

㊦61頁以降に届出書類の一覧を掲載しています。いつ、どのような場合にどの様式で提出するかを一覧表にして掲載しておりますので、ご活用ください。

各種届書の作成及び提出にあたっての注意点

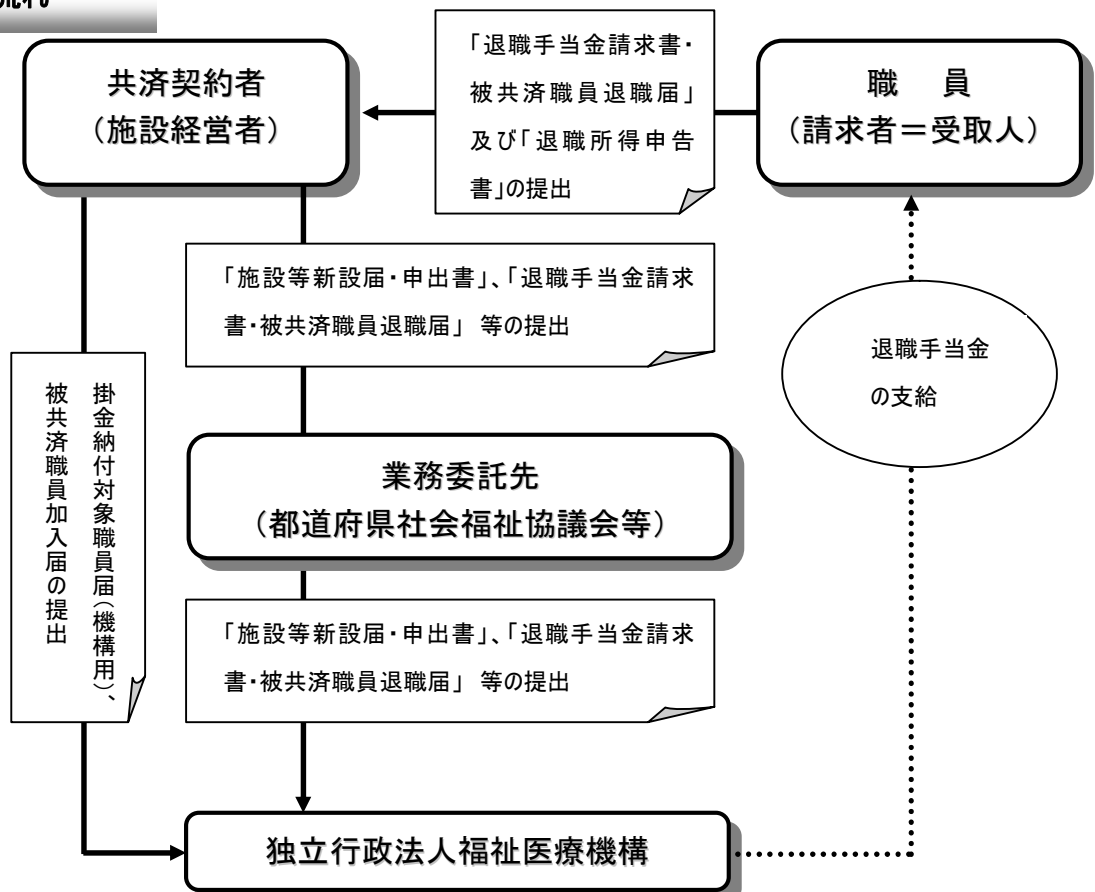
- ① 届書のひな形を㊦70頁以降に掲載しておりますので、コピーしていただき、ご利用ください。また、作成・記入上の説明書きを併せて載せていますので、これを読んで記入してください。(㊦68頁に従い、ホームページより印刷していただくことも出来ます。)
- ② 届書の記入事項に漏れはないか確認してください。
- ③ 届け出なければならない時期に、遅滞なく速やかに提出してください。
- ④ 『㊦掛金納付対象職員届』は、必要事項の記入と訂正等を行い、「機構用」は直接機構に、「社協等用」は業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にそれぞれ送付し、「契約者控」は共済契約者が保管することになっています。この届に記載された職員数が掛金納付の対象数となりますので記入漏れ等がないか確認のうえ、提出してください。

なお、提出後に記入漏れが発覚した場合や本俸月額等が誤っている場合には、直ちに機構に連絡し、修正内容に基づいて期限内に掛金の納付等手続きを行ってください。

- ⑤ 『㊦掛金納付対象職員届』『㊦被共済職員加入届』以外の届書は、各都道府県の業務委託先(※)に提出します。業務委託先において内容確認後、機構に送付されます。

※施設の所在する都道府県の業務委託先にご送付ください。法人本部の所在する都道府県ではありません。

諸届提出の流れ



届出等が必要な場合	届等の名称(様式番号) 添付書類	備考
<p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉施設等を新設又は開始したとき ・ 他の経営者から社会福祉施設等を移管されたとき ・ 特定介護保険施設等又は申出施設等の申出をするとき 	<p>施設等新設届・申出書(様式第1号) (☎70ページ参照)</p> <p>○添付書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員名簿 ・施設・事業の認可を確認できる書類の写し(例:「許認可書」「指定通知書」「委託契約書」等) 	<p>提出先は業務委託先</p>
<p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉施設等又は特定介護保険施設等のすべてを廃止又は休止したとき ・ 法人を解散したとき ・ 経営者が交替したとき ・ 社会福祉施設等又は特定介護保険施設等のすべてを他の経営者に移管したとき 	<p>社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届(様式第4号) (☎88ページ参照)</p>	<p>提出先は業務委託先</p>
<p>③</p> <p>被共済職員について中小企業退職金共済法による共済契約を締結したとき</p>	<p>中小企業退職金共済契約締結届(様式第5号) (☎92ページ参照)</p> <p>○添付書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被共済職員全員の従業員状況報告書 	<p>提出先は業務委託先</p>
<p>④</p> <p>被共済職員全員の同意を得て、共済契約を解除するとき</p>	<p>退職手当共済契約解除通知書(様式第13号)</p> <p>○添付書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被共済職員全員の解除同意書 ・被共済職員全員の従業員状況報告書 	<p>提出先は業務委託先</p> <p>※解除をご検討の際は、共済部退職共済課(03-3438-0222)までご連絡ください。</p>

届出等が必要な場合	届等の名称(様式番号) 添付書類	備考
⑤ 特定介護保険施設等、申出施設等の施設・事業単位で当該施設・事業にかかる被共済職員全員の同意を得て、共済契約を部分解除するとき ・平成18年4月1日以降の加入者について共済契約を部分解除するとき(特定介護保険施設等に限る) ・社会福祉施設等から特定介護保険施設等へ転換した施設等で転換日以降の加入者について共済契約を部分解除するとき	退職手当共済契約部分解除通知書(様式第13号の2) ○添付書類 ・対象となる被共済職員全員の解除同意書 ・対象となる被共済職員全員の従業員状況報告書	提出先は業務委託先 ※解除をご検討の際は、共済部退職共済課(03-3438-0222)までご連絡ください。
⑥ 共済契約者の氏名、名称、住所が変わったとき ・共済契約対象施設・事業の名称、所在地又は種類が変わったとき ・共済契約証書を紛失、き損したとき	共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書(様式第10号) (☐126ページ参照) ○法人名を変更した場合の添付書類 ・「法人登記簿謄本(写)」 ○施設・事業の種類を変更した場合の添付書類 ・施設・事業の「指定通知書(写)」	提出先は業務委託先
⑦ 共済契約対象施設等の一部を廃止又は休止したとき ・共済契約対象施設等の一部を他の経営者に移管したとき	共済契約対象施設等一部廃止等届(様式第12号) (☐130ページ参照) ○添付書類 ・職員名簿 ・施設を廃止・休止が確認できる公的書類の写し (例:「廃止・休止届受理通知」「廃止・休止届」等)	提出先は業務委託先
⑧ 災害その他やむを得ない理由により掛金を納付期限内に納付できないとき	掛金納付期限延長承認申請書(様式第3号) (☐84ページ参照) ○添付書類 ・延長申請の理由がわかる被災証明書・り災証明書	提出先は業務委託先

共 済 契 約 者 関 係

届出等が必要な場合	届等の名称(様式番号) 添付書類	備考
<p>⑨ 社会福祉施設等から特定介護保険施設等へ転換するとき</p> <p>⑩ 施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させないとき</p> <p>⑪ 当該年度の掛金納付対象職員届(又は4月1日付の施設等新設届・申出書)に記入した特定職員数の見込数が、確定した特定職員数と異なっていたとき(前年度3月2日以後に、当該特定介護保険施設等職員が使用される事業所の運営を開始した場合に限る。)</p>	<p>社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届(様式第16号) (☐138ページ参照)</p> <p>○添付書類 ・施設・事業の認可を確認できる書類の写し (例:「許可書」「指定通知書」「委託契約書」等)</p> <p>施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届(様式第16号の2) (☐142ページ参照)</p> <p>特定職員数の見込数変更届(様式第2号の2) (☐80ページ参照)</p>	<p>提出先は業務委託先</p> <p>提出先は業務委託先</p> <p>提出先は業務委託先</p>
<p>⑫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年4月1日現在の被共済職員の在籍状況及び従業状況(4月1日に新設又は開始した社会福祉施設等にかかる職員及び4月1日に申出した特定介護保険施設等又は申出施設等にかかる職員については、①により届け出る。) ・ 4月1日付で職員を新規に採用したとき(合算申出含む)(4月1日付以外の採用の場合は、③により届け出るので除く。) ・ 共済契約対象外施設等異動職員が4月1日付で同一共済契約者の共済契約対象施設等へ復帰したとき(4月1日付以外の復帰の場合は、④により届け出るので除く。) ・ 在籍期間(被共済職員となった日からの期間)が1年未満の者が退職したとき 	<p>掛金納付対象職員届(様式第2号) (☐145～149ページ参照)</p> <p>○業務上の傷病による休業がある場合の添付書類 ・現認証明書(☐156ページ参照)</p>	<p>提出先は以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○提出用 → 福祉医療機構 ○業務委託先用 → 業務委託先
共済契約者関係		
被共済職員関係		

届出等が必要な場合	届等の名称(様式番号) 添付書類	備考
<p>⑬</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員を新規に採用したとき(合算申出含む) (①に該当する場合を除く。又、4月1日付の採用の 場合は、⑫により届け出るのを除く。) 共済契約対象外施設等の職員が共済契約対象施 設等へ異動したとき(①又は⑭に該当する場合を除 く。) 	<p>被共済職員加入届(様式第6号) (☐196ページ参照)</p>	<p>提出先は福祉医療機構</p>
<p>⑭</p> <ul style="list-style-type: none"> 被共済職員が同一共済契約者の共済契約対 象外施設等へ異動したとき 共済契約対象外施設等異動職員が同一共済 契約者の共済契約対象施設等へ復帰したとき (①に該当する場合を除く。又、4月1日付の復帰の 場合は、⑫により届け出るのを除く。) 	<p>共済契約対象(外)施設等異動届(様式第9号) (☐118ページ参照)</p> <p>○対象外異動する場合の添付書類</p> <ul style="list-style-type: none"> 異動先の施設が同一経営者の運営する施設である ことが確認できる書類の写し。 (例:「認可証」「定款」等) 業務上の傷病による休業がある場合の添付書類 ・現認証明書(☐156ページ参照) 	<p>提出先は業務委託先</p>
<p>⑮</p> <p>被共済職員が退職手当金を請求しないで、引 き続いて他の共済契約者の共済契約対象施設 等へ異動したとき</p>	<p>共済契約者間継続職員異動届(様式第8号) (☐112ページ参照)</p> <p>○業務上の傷病による休業がある場合の添付書類 ・現認証明書(☐156ページ参照)</p>	<p>提出先は業務委託先</p>
<p>⑯</p> <p>被共済職員の氏名が変わったとき</p>	<p>変更のあった翌年度の『掛金納付対象職員届(様式 第2号)』⑰ (変更のあった年度中に退職する場合には、『退職手 当金請求書・被共済職員退職届(様式第7号)』⑱)</p>	
<p>⑰</p> <p>被共済職員が育児休業をとったとき又は届出た育 児休業の期間に変更があったとき</p>	<p>事実の発生した翌年度の『掛金納付対象職員届(様 式第2号)』⑲ (事実の発生した年度中に退職する場合には、『退 職手当金請求書・被共済職員退職届(様式第7号)』 ⑳)</p>	

被 共 済 職 員 関 係

届出等が必要な場合	届等の名称(様式番号) 添付書類	備考
<p>⑱ 被共済職員が退職したとき(在籍期間1年未満の退職は⑳により届け出るのを除く)</p> <p>・ 退職者が「退職手当金請求書」部分を提出しないときは、「被共済職員退職届」部分のみを記入・押印し、業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)を経由して提出してください。</p> <p>・ 「被共済職員退職届」部分のみを提出した後、所在が明らかになったこと等により、退職者が退職手当金を請求するときは、再度「退職手当金請求書・被共済職員退職届」を全て記入・押印し、業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)を経由して提出してください。</p> <p>・ 退職者が被共済職員期間の合算を希望するときは、「退職手当金請求書」部分及び「退職所得申告書」は記入・押印する必要がありませんので、「被共済職員退職届」部分のみを記入・押印し、業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)を経由して提出してください。</p>	<p>退職手当金請求書・被共済職員退職届(様式第7号) (☐100ページ参照)</p>	<p>提出先は業務委託先</p> <p>○注意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「退職理由(☐47ページ)」を参照してください。 ・ 退職手当金の請求者が、遺族・相続人の場合は、「遺族・相続人による請求について(☐52～53ページ)」を参照してください。
退職者関係		

2 共済契約者の状態に変更が生じた場合の届について






次のような「経営者の変更」が生じた場合は、変更内容に応じ手続きが必要となりますので、共済契約申込者は、「変更前の共済契約者」欄の届書を添付して申し込んでください。

経営者の変更内容	共済契約申込者	変更前の共済契約者
① 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者が社会福祉法人化した場合 (例:個人立の保育所が社会福祉法人化した場合)	『 <input type="checkbox"/> 退職手当共済契約申込書』と経営者が変更したことを証する書類または社会福祉施設等及び特定介護保険施設等を経営していることを証する書類	『 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届』(1188ページ参照)
② 二つ以上の共済契約者が合併して、新たに社会福祉法人を設立した場合 (例:合併により設立された新たな社協が経営することとなった場合)		
③ 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の全部が共済契約を締結していない社会福祉法人の経営するものとなった場合		
④ 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の一部が分離独立した場合		
⑤ 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の一部が共済契約を締結していない社会福祉法人の経営するものとなった場合		
⑥ 個人立の保育所の経営者が交代した場合 (例:経営者が個人から個人へ変更した場合)	(共済契約は継続できません)	『 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届』(1188ページ参照)

* 社会福祉法人以外の者の場合は、共済契約を申し込むことはできません。

* 変更後の社会福祉法人(共済契約申込者)が、申出施設等として申出を行う場合は、『退職手当共済契約申込書』に申し出る旨を記載の上、経営者が変更したことを証する書類を同時に提出してください。

次のような「共済契約対象施設の変更」が生じた場合は、変更後の共済契約者は、「変更前の共済契約者」欄の届書を添付して届け出てください。

変更内容	変更後の共済契約者	変更前の共済契約者
① 社会福祉施設等または特定介護保険施設等の一部が他の共済契約者の経営となった場合	『  施設等新設・申出書』と経営者が変更したことを証する書類	『  共済契約対象施設等一部廃止等届』( 130ページ参照)
② 申出施設等の一部及び全部が他の共済契約者の経営となった場合		
③ 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の全部が他の共済契約者の経営となった場合		『  社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届』( 88ページ参照)

* 社会福祉法人以外の共済契約者は、申出施設等の申出を行うことはできません。

3 諸届の印刷について

◎ 届出様式について

機構ホームページ (<http://hp.wam.go.jp/>) から届出様式を印字し使用できますので、ご利用ください。アクセス方法につきましては、下記をご参照ください。

なお、その際に共済契約者控、業務委託先控については、共済契約者において複写(コピー)等により作成し、押印のうえ、機構提出分と業務委託先控分を業務委託先へご提出ください。

※アクセス方法

機構ホームページの中にある「コンテンツ」の中から「退職手当共済事業」を選択すると、「退職手当共済事業」が表示されます。その中から「各種届出様式について」の「各種様式のページへ」を選択すると、必要な様式を印字してお使いいただけます。

The screenshot shows a menu titled '各種届出様式について' (About Various Submission Forms). Under the sub-menu '各種様式のページへ' (To Various Form Pages), there are several categories: '使用頻度が多い様式' (Forms used frequently), '▼職員が加入したとき' (When staff joins), '▼職員が退職したとき' (When staff resigns), and '▼施設・事業を開始したとき' (When starting facilities/business). Under the resignation category, there are links for '平成24年12月31日以前に退職した方用' and '平成25年1月1日以降に退職した方用'. A callout box with an arrow pointing to the '各種様式のページへ' link contains the text: 'クリックすると「届出様式」の画面に変わります。' (Clicking will change the screen to the 'Submission Form' page).

届出様式	様式	入力可能様式	記載例	届出等が必要な場合
様式第1号 「施設等新設届・申出書」 「(別紙)施設等新設届・申出書職員名簿」	(123KB)		(2.6MB)	<ul style="list-style-type: none"> 社会福祉施設等を新設又は開始したとき 特定介護保険施設等の申出をするとき 申出施設等の申出をするとき 他の経営者から施設・事業を移管されたとき <p>※ A4サイズにて印刷してください。</p>
様式第2号の2 「特定職員数の見込数変更届」	(240KB)		(155KB)	<ul style="list-style-type: none"> 当該年度の掛金納付対象職員届(又は4月1日付の施設等新設届・申出書)により届け出た特定職員数の見込数が確定した特定職員数と異なっていたとき(前年度3月2日以後に当該特定介護保険施設等職員が使用される事業所の運営を開始した場合に限る) <p>※ A4サイズにて印刷してください。</p>
様式第3号 「掛金納付期限延長承認申請書」	(233KB)		(147KB)	<ul style="list-style-type: none"> 災害その他やむを得ない理由により掛金を納付期限内に納付できないとき <p>※ A4サイズにて印刷してください。</p>
様式第4号 「社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届」	(417KB)		(161KB)	<ul style="list-style-type: none"> 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等のすべてを廃止又は休止したとき 法人を解散したとき 経営者が交代した時 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の

VII. 様式集

約款様式

様式番号	書式名	根拠規定	ページ
第 1 号	施設等新設届・申出書 (別紙)施設等新設届・申出書職員名簿	第4条の2 第4条の3	70
第 2 号	掛金納付対象職員届	第18条第1項	掲載省略
第2号の2	特定職員数の見込数変更届	第18条第3項	80
第 3 号	掛金納付期限延長申請書	第12条第2項	84
第 4 号	社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届	第15条	88
第 5 号	中小企業退職金共済契約締結届	第17条	92
第 6 号	被共済職員加入届	第20条	96
第 7 号	退職手当金請求書・被共済職員退職届	第21条第1項 第38条第1項	100
第 8 号	共済契約者間継続職員異動届	第22条第1項	112
第 9 号	共済契約対象(外)施設等異動届	第22条の2第1項	118
第9号の2	削除		
第 10号	共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書	第23条 第50条第1項	126
第 11号	削除		
第 12号	共済契約対象施設等一部廃止等届 (別紙)共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿	第25条	130
第 13号	退職手当共済契約解除通知書	第31条第3項	掲載省略
第13号の2	退職手当共済契約部分解除通知書	第31条第4項	掲載省略
第 14号	削除		
第 15号	削除		
第 16号	社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届	附則第5項	138
第16号の2	施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届	附則第4項	142

参考：『掛金納付対象職員届(約款様式第2号)』作成時の注意点……………145～149

約款附表1の参考様式

(各種許認可関係資料がない場合のみ使用してください。)

	書式名	ページ
1	様式1 (施設等の経営者を証する場合)	150
2	様式2 (施設等の廃止を証する場合)	152
3	様式3 (施設等の経営者が変更したことを証する場合)	154

約款参考様式

	書式名	ページ
1	現認証明書(業務上の負傷又は傷病により休業した場合、その理由が業務に起因することを証とする書類)	156
2	現認証明書(業務上の死亡により退職した場合、その理由が業務に起因することを証とする書類)	158

※ 必要に応じて必要枚数を複写機等で複写し、ご使用ください。(約款様式第2号を除く)

施設等新設届・申出書

(約款様式第1号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

業務委託先受付日付印	機構受付日付印
------------	---------

以下の施設・事業について	施設区分	1	社会福祉施設等として新設したので届け出ます。
		2	特定介護保険施設等として申し出ます。
		3	申出施設等として申し出ます。

↑ 該当する届出区分に○をつけてください。

4	共済契約者番号	9	共済契約者	氏名又は名称	Ⓜ			
				主たる事務所の所在地	郵便番号	-		
				事務担当者氏名	連絡先	電話		

↑ 掛金納付対象職員届で確認してください。

1 2 3 社会福祉施設等	新設・申出年月日		343		348		・社会福祉施設等の場合は、新設年月日又は、経営移管年月日とします。 ・特定介護保険施設等又は申出施設等の場合は業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)が受け付けた日(施設・事業の許可、届出年月日以降の日)を申出日とします。						
	10	施設番号	12	70	名 称			139	種 類	13	種類コード	16	
											*①	*②	
所 在 地											17	18	県外コード
郵便番号											140	-	146
											227	326	
給与支払遅延の有無		入所(利用)定員	職員配置基準数	職員総数	被共済職員数	加入できない職員数		当該施設等が共済契約を締結していたことの有無					
		327	331	332	336	337	341	雇用期間1年未満	労働時間2/3未満				
*③		人	人	人	人	人	人	*③					
有・無		有(解除した日 年 月 日)・無											
被共済職員	(1)新規採用者(加入)				人	(2)配置換職員		人					
	(3)共済契約者対象外施設からの復帰職員				人	(4)継続異動職員		人					
	(5)合算申出職員				人								
*①～⑤の職員について別紙(職員名簿)を記入し、併せて提出してください。											合計	人	

- *① 軽費老人ホームの場合、以下の内容を確認の上、□内にチェックを記入してください。
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。
- *② 老人福祉法第14条の規定による届出がなされた老人居宅生活支援事業のうち、老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業又は認知症対応型老人共同生活援助事業のいずれかと、特定社会福祉事業のいずれかを同一事業所で提供しており、当該特定社会福祉事業割合が3分の上3分の2未満である事業所については、下記に特定職員数を記入してください。

349	特定職員数	353
人		

*③ 社会福祉施設等の場合は、記入する必要がありません。

<添付書類>

- 職員名簿(別紙)
- 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 (1)「許認可書」(写)又は「指定通知書」(写)
 (2)「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
 (3)その他、業務委託契約書等

確認事項		
ア.施設・事業の名称	イ.所在地	ウ.施設・事業の種類
エ.入所(利用)定員	オ.開始年月日	カ.許認可、届出年月日
※申出施設については、「ウ」、「エ」、「カ」は不要		

上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- 「法人の定款」(写)
- 「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

カードNo.		
1	3

◎◎◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
 ◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

(様式第1号の別紙)施設等新設届・申出書職員名簿(事業の新設・申出日時点で在籍している職員について、施設・事業毎に作成してください。)
記載上の留意点を必ずお読みの上、記入してください。

・4月1日新設・申出の場合のみ記載してください。なお(被共済職員期間とならな
い月)がない場合は、必ず計欄に「00」と記入してください。

職員番号	施設番号				施設・事業の名称				異動の内容				前共済契約者名				配属異動				育児休業をとった者							
	該当する区分に○をつけてください。				新設・申出の種類				理由				被共済職員であつたことの有無及び被共済職員となつた理由(年月日(加入・合算申出の場合))				(継続異動・合算申出あるいは解除経緯のある職員の加入の場合に記入してください)				業務上の係属による休業期間				前年4月～本年3月まで			
	1 開始	2 大正	3 昭和	4 平成	1 男	2 女	加入資格	1 加入	2 配属	3 契約対象施設等従属	4 継続異動	1 加入	2 配属	3 契約対象施設等従属	4 継続異動	1 加入	2 配属	3 契約対象施設等従属	4 継続異動	1 新規	2 変更	3 再取得	1 新規	2 変更	3 再取得	1 開始年月日	2 終了年月日(予定日)	3 理由(※)
1	1	2	3	4	1	2	ア	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	3	1	2	3	1	2	有・無
2	1	2	3	4	1	2	ア	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	3	1	2	3	1	2	有・無
3	1	2	3	4	1	2	ア	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	3	1	2	3	1	2	有・無
4	1	2	3	4	1	2	ア	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	ウ	有	1	2	3	1	2	3	1	2	有・無

※ は記入しないでください。

(※) 半年延長の理由

育児休業期間の半年延長理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んで下さい。

1…保育所に入所を希望しているが、入所できない場合

2…子の養育を行っている配偶者であつて、1歳以降子を養育する予定であつたものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

***施設等新設届・申出書の記載上の留意点 (1/6) ***



新たに施設・事業を新設または申し出する場合、『**施設等新設届・申出書**』を提出してください。

施設等新設届・申出書

(約款様式第1号)

平成〇〇年 4月10日
独立行政法人¹ 医療機構理事長 様

業務委託先受付日付印 機構受付日付印

1 以下の施設・事業について 設区分

1	社会福祉施設等として新設したので届け出ます。
2	特定介護保険施設等として申し出ます。
3	申出施設等として申し出ます。

該当する届出区分に○をつけてください。

◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎ 下部記載の(添付書類)を必ず添付してください。

共済契約者番号 130△○X	共済契約者 氏名又は名称 社会福祉法人虎ノ門福祉会 [◎]	郵便番号 105-8486
	主たる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門4-3-13	事務担当者氏名 北海道 花子
		連絡先 電話 03-3438-0222

掛金納付対象職員届で確認してください。

2 新設・申出年月日 〇〇 4 1

3 施設番号 名称 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑 種類 特別養護老人ホーム

所在地 東京都港区虎ノ門4-3-13

給与支払遅延の有無	加入できない職員数	施設等が共済契約を締結していたことの有無
60	4	

職員総数	被共済職員数	加入できない職員数	施設等が共済契約を締結していたことの有無
42	26	4	

6 被共済職員

(1)新規採用者(加入)	9	(2)配置換職員	15
(3)共済契約者対象外施設からの復帰職員		(4)継続異動職員	1
(5)合算申出職員	1		
合計		26 人	

* (1)~(5)の職員について別紙(職員名簿)を記入し、併せて提出してください。

7 経費老人ホームの場合、以下の内容を確認の上、□内にチェックを記入してください。

□当該経費老人ホームは介護保険の指定を受けています。

□当該経費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。

* ② 老人福祉法第14条の規定による届出がなされた老人居宅生活支援事業のうち、老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業又は認知症対応型老人共同生活援助事業のいずれかと、特定社会福祉事業のいずれかを同一事業所で提供しており、当該特定社会福祉事業割合が3分の1以上、未満である事業所については、下記に特定職員数を記入してください。

8 特定職員数 553 人

9 社会福祉施設等の場合は、記入する必要がありません。

添付書類

1 職員名簿(別紙)

2 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

(1) 「許可書」(写)又は「指定通知書」(写)

(2) 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)

(3) その他、業務委託契約書等

上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

※法令により許可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

(1) 「法人の定款」(写)

(2) 「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

確認事項	イ.所在地	ウ.施設・事業の種類
ア.施設・事業の名称	イ.所在地	ウ.施設・事業の種類
エ.入所(利用)定員	オ.開始年月日	カ.許可、届出年月日
※申出施設については、「ウ」、「エ」、「カ」は不要		

は記入しないでください。

施設等新設届・申出書の記載上の留意点（2/6）

① 施設区分

- ・ 該当する施設区分に○をつけてください。
- ・ 特定介護保険施設等又は申出施設等の場合、申出をするか否かは、各施設等で選択できます。ただし、申し出をする場合、加入要件を満たす職員は全員加入させなければなりません

② 新設・申出年月日

- ・ 社会福祉施設等の場合は、事業開始年月日を記入します。
- ・ 特定介護保険施設等又は申出施設等の場合、申し出をする日(加入する日)を記入します。

③ 種類

- ・ 施設・事業の種類(許認可・届出書又は法人登記簿記載事項)を記入してください。

④ 入所(利用)定員等

- ・ 「入所(利用)定員」「職員配置基準数」欄には、法令上定められた基準数(許認可・届出書記載事項)を記入してください。なお、国の指定がない施設・事業の場合、記入する必要はありません。
- ・ 「職員総数」欄は、「被共済職員数」と「加入できない職員数」の合計を記入してください。
- ・ 「被共済職員数」欄の人数と「職員名簿」記載の人数とが合致していることを確認してください。

⑤ 当該施設等が共済契約を締結していたことの有無

- ・ 特定介護保険施設等または申出施設等の場合に記入します。
- ・ 当該施設等が過去に共済契約を解除したことがある場合、「有」に○をつけ、その解除日を記入してください。
※ 当該施設等が共済契約を解除してから、1年未満の場合は申し出をすることができません。
- ・ 初めて当該施設等の申し出をする場合、「無」に○をつけてください。

⑥ 被共済職員

- ・ 新設・申出日時点での職員数を記入し、併せて『㊦(別紙)施設等新設届・申出書職員名簿』を添付してください。
 - (1) 新規採用者(加入)…加入要件を満たす人は全員加入させなければなりません
 - (2) 配置換職員…同一法人内の既存の契約対象施設からの異動の職員です
 - (3) 共済契約対象外施設等からの復帰職員
 - (4) 継続異動職員(『㊦共済契約者間継続職員異動届』を添付する必要があります)
 - (5) 合算申出職員…次の要件を満たし、前後の被共済職員期間の合算の申し出を行った加入職員
 - ① 退職前の被共済職員としての在籍期間が1年以上あること
 - ② 退職手当金の請求を行っていないこと(『㊦被共済職員退職届』において合算申出の有無欄『有』に○の意思表示あり)
 - ③ 退職後2年以内に再び被共済職員になること(「職員名簿」に被共済職員であったことの有無『有』に○及び合算申出に○と退職日記入の意思表示あり)
 - ④ 自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行により退職した場合でないこと

⑦ 「種類」が軽費老人ホームの場合

- ・ 介護保険の指定を受けている場合、施設区分は特定介護保険施設等になります。
- ・ 介護保険の指定を受けていない場合、施設区分は社会福祉施設等になります。

施設等新設届・申出書の記載上の留意点（3/6）

⑧ 特定職員数

- ・ 高齢者関係及び障害者関係の居宅介護サービスを一つの事業所において提供しており、手順1で計算した「特定社会福祉事業割合」が1/3以上2/3未満の場合は、手順2にて計算した特定職員数を記入してください。（特定職員数の分については公的助成の対象となります。）

手順1. 特定社会福祉事業割合を計算してください。

$$\text{特定社会福祉事業割合} = \frac{\text{前年度の当該事業所における特定社会福祉事業に係る収入額}}{\text{前年度の当該事業所における収入額}} \quad (\text{当該特定介護保険施設等職員が従事することを要する業務に係るもの})$$

手順2. 「特定社会福祉事業割合」が1/3以上2/3未満の場合は以下のとおり算出した特定職員数を「特定職員数」欄に記入してください。なお、小数点以下は切り捨てとなります。

$$\text{特定職員数} = \text{当該施設の被共済職員数} \times \text{特定社会福祉事業割合}$$

[例] ○○福祉会 高齢者関係の居宅介護等事業の収入 :1,000万円
 障害者・児関係の居宅介護等事業の収入: 500万円
 当該施設の被共済職員数 :10人

手順1.

$$1/3 \leq \frac{500\text{万円 (前年度の当該事業所における特定社会福祉事業に係る収入額)}}{1,000\text{万円} + 500\text{万円 (前年度の当該事業所における収入額)}} < 2/3$$

よって、この事業所は特定社会福祉事業割合が1/3以上2/3未満となり、特定職員数の分について、公的助成の対象となります。

手順2.

$$10\text{人 (被共済職員数)} \times \frac{500\text{万円}}{1,500\text{万円}} = 3.3\text{……}$$

小数点以下は切り捨てとなるため、特定職員数は3人となります。

⑨ 添付書類

- (1) 職員名簿 (別紙) (被共済職員数が0名の場合は不要。)
- (2) 施設等を経営していることを証する書類等
 例. 保育所等 → 許可書及び設置許可申請書
 障害者総合支援法に関する施設等 → 指定通知書
 介護保険法に関する施設等 → 許認可書 等
- (3) 継続異動職員がいる場合、『共済契約者間継続職員異動届』(約款様式第8号)
- (4) 施設の経営移管を受けた場合、移管元の経営者から提出された『社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届』(約款様式第4号) 又は『共済契約対象施設等一部廃止等届』(約款様式第12号)



この届を提出する場合、「職員名簿」を添付しますので、新規採用者(加入【合算申出含む】)の『被共済職員加入届』及び共済契約対象外施設等からの復帰職員の『共済契約対象(外)施設等異動届』は必要ありません。

施設等新設届・申出書の記載上の留意点(4/6)

『(別紙)施設等新設届・申出書職員名簿』

(様式第1号の別紙)施設等新設届・申出書職員名簿(事業の新設・申出日時点で在籍している職員について、施設・事業毎に作成してください。)
記載上の留意点を必ずお読みの上、記入してください。

・4月1日新設・申出の場合のみ記載してください。(なお、従前職員期間とならない月)がない場合は、必ず「0」を記入してください。

職員番号	職員氏名	生年月日	職種の名称	職種の番号	前所属施設番号	前所属職番号	前所属給与	4月～本年3月まで		育児休業をとった否
								新設	変更	
1	宮崎 晴彦	200505	施設長	01	後石社	0002	358000	1	2	有・無
2	長野 英俊	351119	看護師	02	神谷苑	0005	263800	7月	8月	有・無
3	北海 弘泰	491231	事務員	10	(福)東京会	130XXX00503	200000			有・無
4	埼玉 優	600404	介護職員	04	(福)気仙会	040XXX00705	215000			有・無

※ 半休延長の理由
(※) 育児休業期間の半休延長理由は次のとおりです。該当する上記の欄の番号を○で囲んで下さい。
1...保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
2...子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

① 施設区分
該当する施設区分に○をつけてください。

② 職員氏名
新設・申出年月日現在において、当該施設等に従事する加入資格のある職員を全員記入してください。

③ 加入資格
次の加入資格のうち、該当する記号に○をつけてください。
ア 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員)
イ 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者
ウ 1年未満の雇用期間を定めて使用され、期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者

④ 新設・申出時職種
「職種」欄には、下記の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員(職種番号14)については、具体的な職名を記入してください。

職種番号		職種番号		職種番号	
名称	番号	名称	番号	名称	番号
施設長	01	園長・所長・寮長・院長	05	医師	09
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	06	看護師・准看護師・保健師	10
保育士	03	保育士(保育・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員	11
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	08	栄養士	12
				調理員	13
				事務員	14

その他 14 施設長から介護支援専門員までのいずれの職種にも該当しないもの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技師等)

* 施設等新設届・申出書の記載上の留意点 (5 / 6) *

⑤ 異動の内容

該当する番号に○をつけてください。「2. 配置換」の場合は、配置換前の施設名及び職員番号を、「3. 契約対象施設復帰」の場合、復帰前の施設名及び職員番号を記入してください。

⑥ 被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日(加入・継続異動・合算申出の場合)

加入する職員が、被共済職員であった場合、被共済職員期間を通算又は合算できることがありますので、その事実を当該職員に確認して記入してください。また、「解除」「合算申出」の事実がある場合、「前共済契約者名」「前共済契約者番号」及び「前職員番号」を記入してください。

なお、被共済職員でなくなった理由「退職・解除・合算申出」の内容については、次のとおりです。

「退職」→ 退職手当金の給付を受け、被共済職員でなくなった場合等

「解除」→ 経営者が共済契約を解除したことにより、被共済職員でなくなった場合等(この場合、被共済職員期間を合算できることがあります。)

「合算申出」→ 被共済職員期間1年以上ある者が退職手当金を請求しないまま、退職した日から2年以内に再び被共済職員になる場合(この場合、被共済職員期間を合算することができます。)

⑦ 本俸月額

ア 「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。

イ 「俸給表の額」欄には、俸給表に格付けされた俸給の額を記入してください。

ウ 「俸給の調整額」欄には、業務の種類に応じて本俸を是正するための「給与特別改善費」(俸給表に算入済みの場合は除く。)及び職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤労環境が著しく特殊であることを考慮し本俸を調整するための「特殊業務手当」(同様の趣旨の手当を含む。)が支給されている場合は、それらの手当の合算額を俸給表の額とは別掲で記入してください。なお、給与規定上判断がつきにくい手当がある場合は、事前に機構にご相談ください。

エ 日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)]

・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合

→7,000円(日給)×21日=147,000円

・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合

→700円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=117,600円

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日勤務の職員の場合

→7,000円(日給)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=117,600円

・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合

→700円(時給)×7時間(1日の労働時間)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=82,320円

※ なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

⑧ 配置換・継続異動の職員の従業状況(4月1日に新設・事業開始の場合のみ記載してください)

ア 「業務に従事した日数が10日以下の月」(被共済職員期間とならない月)

前年4月から本年3月までの間の各月において業務に従事した日数が10日以下の月がある場合に、当該月名と月の計を記入します。例えば「12月 | 01」と記入します。業務に従事した日数が10日以下の月がない場合は、計の欄に「00」を記入してください。

なお、業務上の傷病による休業期間、介護休業期間、出産予定日前6週間(多胎妊娠の場合は14週間)と出産後8週間の休業期間及び育児休業期間は業務に従事した日数に含めますので、この欄には記入しないでください。

イ 「業務上の傷病による休業期間」

業務上の傷病による休業期間を出勤日数に含めている場合、「業務上の傷病による休業期間」欄に開始年月日及び終了年月日を記入してください。

ウ 「育児休業をとった者」

前年の4月2日から本年の4月1日までに育児休業をとった者及び育児休業の終了日を変更する者に該当する場合に記入します。

・新たに届出をする者は「1. 新規」

・すでに届出しているが、終了日を変更する者は「2. 変更」

・同一の子の育児休業を再度取得する者は「3. 再取得」に○をつけてください。


※ 女性職員が休業した場合、「開始年月日」欄には出産日の翌日より起算して57日目(産後休業8週間が終了した翌日)以降の実際の育児休業開始年月日を記入します。(男性職員が休業した場合は出産日以降の実際の育児休業年月日を記入します。)

※ 「終了年月日」欄には子の満1歳の誕生日の前日までにおいて実際に育児休業が終了した年月日を記入します。なお、子が1歳を超えても休業が必要と認められる一定の場合(保育所に入所を希望しているが、入所できない場合他)にあつては、子が1歳6ヶ月に達するまでの間、育児休業を取得することができますので、「半年延長の理由」欄の該当する番号を選択してください。

※ パパ・ママ育休プラスを利用している場合は、「有」に○印を付けてください。

施設等新設届・申出書の記載上の留意点（6/6）

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 加入資格のある者はすべて記入されていますか？
- 当該施設又は事業の種類及び認可・届出年月日等が確認できる許認可・届出書等は添付されていますか？
- 職員名簿の③の加入資格の「イ」及び「ウ」に○印が付された正規職員でない職員については、雇用契約書等で、加入資格があるかどうかを確認しましたか？
- 継続異動職員の場合は『 共済契約者間継続職員異動届』を添付していますか？
- コピー等により共済契約者分、業務委託先分の控えを作成しましたか？

特定職員数の見込数変更届

(約款様式第2号の2)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり特定職員数の見込数について、変更がありましたので、届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

共済契約者番号					共 済 契 約 者	名 称	Ⓜ	
↑	掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。					主たる事務所の 所在地	郵便番号	—
						事務担当者氏名	連絡先	電話
施設番号					施設・事業の名称			
変 更 前						特 定 職 員 数 (見 込 数)		
						人		
変 更 後						特 定 職 員 数		
						人		
備 考								

<記載上の留意点等>

- 1 この届は、特定職員数の見込数が、確定した特定職員数と異なっていた場合のみ提出してください。
- 2 この届は、当該年度5月末日までに必ず提出してください。
- 3 は記入しないでください。

【特定職員数の見込み数変更届記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

○ 記入する前に<記載上の留意点等>をお読みください。

前年度3月2日以降に、当該特定介護保険施設等職員が使用される事業所の運営を開始している場合に限りです。

特定職員数の見込数変更届

(約款様式第2号の2)

平成〇〇年 5月6日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり特定職員数の見込数について、変更がありましたので、届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会)に提出してください。
写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

共済契約者番号		名称	社会福祉法人 虎ノ門福祉会	
130△0X	↑	主たる事務所の所在地	郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門	
掛金納付対象職員届で確認して記入してください。		事務担当氏名	北海道 花子	連絡先
施設番号	施設・事業の名称	虎ノ門ヘルパーセンター		
変更前	特定職員数(見込)	3 人		
変更後	特定職員数	4 人		
備考				

掛金納付対象職員届で記入した数字です。

当該年度の確定した特定職員数を記入してください。

<記載上の留意点等>

- 1 この届は、特定職員数の見込数が、確定した特定職員数と異なっていた場合のみ提出してください。
- 2 この届は、当該年度5月末日までに必ず提出してください。
- 3 は記入しないでください。

掛金納付期限延長承認申請書

(約款様式第3号)

平成 年 月 日
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、掛金の納付期限を延長したいので承認
 して下さるよう申請します。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
 ◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

共済契約者番号	共 済 契 約 者	氏名又は名称	Ⓜ		
↑ 掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。		主たる事務所の 所在地	郵便番号	—	
		事務担当者氏名	連絡先	電話	
延長の対象 となる掛金	平成 年度分 円				
希 望 す る 延 長 期 限	平成 年 月 日	延長前の 納付期限	平成 年 月 日		
延長申請の 理 由 〔具体的に記入〕 〔してください〕					
備 考					

<添付書類>
 延長申請の理由についての証明書〔(例)風水害等(市町村長)、火災・地震等(消防署長又は市町村長)、感染症等(保健所長)]を添付してください。

【掛金納付期限延長承認申請書記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

○ 延長申請の理由についての証明書を必ず添付して下さい。

掛金納付期限延長承認申請書				(約款様式第3号)	
平成〇〇年 5月16日				業務委託先受付日付印	機構受付日付印
独立行政法人福祉医療機構理事長 様					
<p>次のとおり、掛金の納付期限を延長したいので承認して下さるよう申請します。</p>					
共済契約者番号	氏名又は名称	社会福祉法人 虎ノ門福祉会			
130△0X	主たる事務所の所在地	郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13			
↑ 掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。	共済契約者	事務担当者氏名	連絡先	電話	
		北海道 花子		03-3438-0222	
延長の対象となる掛金		平成〇〇年度分 2,682,000円			
希望する限		平成〇〇年 9月30日	延長前の納付期限	平成〇〇年 5月31日	
延長申請の理由 [具体的に記入してください]		<p>別紙 証明書のとおり、隣接家屋で出火し、当法人の施設に飛び火したため施設が全焼いたしました。 今年の掛金については施設が復旧次第納付する予定ですが、9月30日まで延長をお願い致します。</p>			
備考					
<p><添付書類> 延長申請の理由についての証明書 [(例) 風水害等 (市町村長)、火災・地震等 (消防署長又は市町村長)、感染症等 (保健所長)] を添付してください。</p>					

◎ ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

具体的に理由を明記してください。

証明書を必ず添付してください。

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の
経営者でなくなった者の届

(約款様式第4号)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ ◎
 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
 ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付して下さい。

共済契約者番号 ↑ 掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。	共 済 契 約 者	氏名又は名称 印						
		主たる事務所の 所在地	郵便番号 —					
		事務担当者氏名	連絡先	電話				
経営者でなくなった年月日		年		月		日		
経営者でなくなった理由 (該当する記号に○)	ア 組織変更 オ 公営移管 イ 法人解散 カ 死 亡 ウ 廃 止 キ 交 替 エ 休 止 オ その他 ()							
社会福祉施設等、特 定介護保険施設等 又は申出施設等の 名称及び被共済職員数	名 称						被共済職員数	
							人	
							人	
							人	
備 考	変更後の 共済契約者(経営者)名 () 共 済 契 約 者 番 号 ()							

<添付書類>

右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- (1) 「廃止・休止届受理通知書」(写)
- (2) 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
- (3) その他、業務委託契約書等(写)

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式2)

※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- (1) 法人の定款(写)
- (2) 定款変更申請書(写)及びその他の書類

確認事項

- ア 施設・事業の名称 イ 所在地
- ウ 施設・事業の種類 エ 廃止・休止年月日
- ※申出施設等については、「ウ」は不要

<記載上の留意点等>

- 1 経営者でなくなったことによって退職した者がいるときは、遅滞なく、「退職手当金請求書・被共済職員退職届(約款様式第7号)」を提出してください。
- 2 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む。)が当該共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。

【社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の 経営者でなくなった者の届記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

○ 記入する前に＜記載上の留意点等＞をお読みください。

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の
経営者でなくなった者の届

(約款様式第4号)

平成〇〇年 5 月 20 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

共済契約者番号 1 3 0 △ 〇 X	↑	掛金納付対象職員届で 確認して記入してください。
------------------------	---	-----------------------------

氏名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福祉会	業務委託先受付日付印 機構受付日付印										
上たる事務所の所在地 郵便番号 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13											
事務担当者氏名 連絡先 電話											
届出年月日 〇 〇 年 3 月 3 日											
届出理由 (該当する記号に○) ア 組織変更 オ 公営移管 イ 法人解散 カ 死亡 ① 廃止 キ 交替 エ 休止 コ その他 ()											
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">名 称</th> <th style="width: 30%;">被共済職員数</th> </tr> <tr> <td>特別養護老人ホーム 虎ノ門苑</td> <td style="text-align: center;">20 人</td> </tr> <tr> <td>老人デイサービスセンター 虎ノ門苑</td> <td style="text-align: center;">6 人</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table>	名 称	被共済職員数	特別養護老人ホーム 虎ノ門苑	20 人	老人デイサービスセンター 虎ノ門苑	6 人		人		人
名 称	被共済職員数										
特別養護老人ホーム 虎ノ門苑	20 人										
老人デイサービスセンター 虎ノ門苑	6 人										
	人										
	人										
備 考	変更後の 共済契約者(経営者)名 () ; 共済契約者番号 () ;										

◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)に提出してください。
 ◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 下記載の＜添付書類＞を必ず添付して下さい。

市町村合併による解散の場合は「イ」に該当します。

＜添付書類＞
 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 (1) 「廃止・休止届受理通知書」(写)
 (2) 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
 (3) その他、業務委託契約書等(写)
 上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式2)
 ※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 (1) 法人の定款(写)
 (2) 定款変更申請書(写)及びその他の書類

確認事項
 ア 施設・事業の名称 イ 所在地
 ウ 施設・事業の種類 エ 廃止・休止年月日
 ※申出施設等については、「ウ」は不要

＜記載上の留意点等＞
 1 経営者でなくなったことによって退職した者がいるときは、遅滞なく、「退職手当請求書・被共済職員退職届(約款様式第7号)」を提出してください。
 2 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む。)が当該共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。

中小企業退職金共済契約締結届

(約款様式第5号)

平成 年 月 日
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員について中小企業退職金共済契約を締結したので届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ 原本1部(提出用(機構用))、写し2部作成(提出用(業務委託先(社会福祉協議会等)、共済契約者控用))
 ◎ この届出は、業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)に提出してください。

共済契約者番号	共 済 契 約 者	氏名又は名称	Ⓜ				
↑ 掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。		主たる事務所の 所在地	郵便番号	—			
		事務担当者氏名	連絡先	電話	— —		
中小企業退職金共済契約	締結年月日	平成 年 月 日	共済契約者番号				
	締結の理由 〔具体的に記入し てください〕						
備 考							

<添付書類>

被共済職員であった者の従業状況報告書を別途作成し、添付してください。

<記載上の留意点等>

同じ職員が本制度と、中小企業退職金共済制度に重複して加入をすることはできません。
 また、中小企業退職金制度へ加入したことにより解除になった場合は、退職手当金は支給されません。

【中小企業退職金共済契約締結届記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

中小企業退職金共済契約締結届
(約款様式第5号)

平成〇〇年 4 月 7 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のおおり、被共済職員について中小企業退職金共済契約を締結したので届け出ます。

業務委託先受付日付印

機構受付日付印

◎ 原本1部（提出用（機構用））
◎ この届出は、業務委託先（都

共済契約者番号		氏名又は名称	社会福祉法人 虎門福社会	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>中小企業退職金共済契約に おける共済契約者番号を記 入してください。</p> </div>
130△0X	共済契約者	主たる事務所の所在地	郵便番号105-8486 東京都港区虎ノ門	
↑ 掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。		事務担当者氏名	北海道 花子	

電話 〇三-3488-0222

用（業務委託先（社会福祉協議会等）、共済契約者控用）に提出してください。

中小企業退職金共済契約	締結年月日	平成〇〇年 4 月 1 日	共済契約者番号	<div style="border: 2px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 〇 X △ 〇 X X △ </div>
	締結の理由	<p>設立母体である医療法人が中小企業退職金共済契約を締結しており、退職金制度において統一性をはかるため。</p>		
	〔具体的に記入してください〕			
	備考			

<添付書類>
被共済職員であった者の従業員状況報告書を別途作成し、添付してください。

<記載上の留意点等>
同じ職員が本制度と、中小企業退職金共済制度に重複して加入をすることはできません。
また、中小企業退職金制度へ加入したことにより解除になった場合は、退職手当金は支給されません。

被共済職員加入届

◎ 原本 1 部を機構に直接ご提出ください。
 ◎ 写し 1 部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

(約款様式第 6 号)

機構受付日付印

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のおり新たに被共済職員となった者があるので届け出ます。

共済契約者番号	氏名又は名称及び代表者職氏名	
4	④	
9	主たる事務所の所在地及び電話番号	
	郵便番号	
	事務担当者氏名	事務担当者連絡先 電話
	名	種 類
	施設番号	
	施設又は事業	

掛金納付対象職員届
で確認して記入してくだ
さい。

氏名	生年月日	性別 1男 2女	加入年月日	加入資格 (注1)	加入時		被共済職員であったこと の有無及び被共済職員で なくなった理由・年月日 (注4) 305	前共済契約者名 (合算申出あるいは解除経歴のある職員 の加入の場合に記入してください。)						
					職種 (注2)	本俸月額 (注3)		前共済契約者番号	前職員番号					
1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日		年 月 日		名 称	番号	91	97	99	104	306	311	312	316
		1		ア			有・無							
		2		イ			有・無							
		1		ウ			有・無							
		2		ウ			有・無							
		1		ア			有・無							
		2		イ			有・無							
		3		イ			有・無							
		4		ウ			有・無							
		1		ア			有・無							
		2		イ			有・無							
		3		イ			有・無							
		4		ウ			有・無							
		1		ア			有・無							
		2		イ			有・無							
		3		イ			有・無							
		4		ウ			有・無							

カードNo.
1 6 2 4

※注 1～4 は、被共済職員加入届の「記載上の留意点等」に記載してあります。

※ 4 月 1 付の加入の場合はこの届書ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。

被共済職員加入届の記載上の留意点等（1/2）



新規の正規職員を採用した場合や臨時職員が加入資格の要件を満たした場合、あるいは合算申出をする職員が新規に加入する場合には、『被共済職員加入届』を提出してください(施設、事業単位で記入してください)。

記載例

被共済職員加入届

(約款様式第6号)
機構受付日付印

平成〇〇年6月15日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様
次のとおり新たに被共済職員となった者があるので届け出ます。

共済契約者番号 130△OX	共済契約者	氏名又は名称及び代表者職氏名 社会福祉法人 虎ノ門福社会	
		主たる事務所の所在地及び電話番号 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13	
		郵便番号 105-8486	事務担当者氏名 北海道 花子
		事務担当者連絡先 電話 03-3438-0222	
掛金納付対象職員届で確認して記入してください。	施設番号 002	施設又は事業 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑	特別養護老人ホーム

1	名	2	3	4	5	前共済契約者番号		前職員番号	
						305	311/312	313	314
1	宮崎 保	500225	006	04	198000	0	0301X△00010198	010198	
2	千葉 育子	610921	006	02	170000	0			
3									
4									
5									

※注1～4は、被共済職員加入届の「記載上の留意点等」に記載してあります。
※4月1日付の加入の場合はこの届書ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 雇用条件が被共済職員に該当する職員ですか？
- 加入対象の施設・事業以外に従事する職員や、1年未満の雇用期間を定めて使用される被共済職員とならない職員は入っていませんか？
- 加入日に間違いはありませんか？
※『施設等新設届・申出書職員名簿』で「加入(合算申出含む)」として報告した職員及び4月1日付加入の職員(合算申出含む)については、本届の提出は必要ありません。
- コピー等により共済契約者分の控えを作成しましたか？

※「被共済職員加入届」をご提出いただく場合の送付先

〒105-8486

東京都港区虎ノ門4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階

独立行政法人福祉医療機構 共済部 退職共済課

※個人情報になりますので、共済契約者の個人情報保護規程に基づき、追跡可能な方法等でご提出ください。

* 被共済職員加入届の記載上の留意点等 (2 / 2) *

① 氏名

新たに被共済職員となった方の氏名を記入してください。(もともと契約対象外施設等に従事していた職員が、契約対象施設等に配属されたことによる加入も含みます)

② 加入資格

加入対象となる職員の該当する記号に○をつけてください。

- ア 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員)
- イ 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者
- ウ 1年未満の雇用期間を定めて使用され、期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者

③ 職種番号

「職種」欄には、以下の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員(職種番号14)については、具体的な職名を記入してください。

職 種 番 号

名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長	医師	05	医師	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長
			訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員	介助員	11	介助員
保育士	03	保育士(保母・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員	栄養士	08	栄養士	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人
						介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等				その他	14	施設長から介護支援専門員までのいずれの職種にも該当しないもの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技師等)

④ 本俸月額

- ア 「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。
- イ 「俸給表の額」欄には、俸給表に格付けされた俸給の額を記入してください。
- ウ 「俸給の調整額」欄には、業務の種類に応じて本俸を是正するための「給与特別改善費」(俸給表に算入済みの場合は除く。)及び職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤労環境が著しく特殊であることを考慮し本俸を調整するための「特殊業務手当」(同様の趣旨の手当を含む。)が支給されている場合は、それらの手当の合算額を俸給表の額とは別掲で記入してください。なお、給与規定上判断がつきにくい手当がある場合は、事前に機構にご相談ください。
- エ 日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合
→7,000円(日給)×21日=147,000円
- ・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合
→700円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=117,600円

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日勤務の職員の場合
→7,000円(日給)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=117,600円
- ・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→700円(時給)×7時間(1日の労働時間)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=82,320円

※ なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

⑤ 被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日

加入する職員が、被共済職員であった場合、被共済職員期間を通算又は合算できることがありますので、その事実を当該職員に確認して記入してください。また、「解除」「合算申出」の事実がある場合、「前共済契約者番号」「前共済契約者番号」及び「前職員番号」を記入してください。

なお、被共済職員でなくなった理由「退職・解除・合算申出」の内容については、次のとおりです。

- 「退職」→ 退職手当金の給付を受け、被共済職員でなくなった場合等
- 「解除」→ 経営者が共済契約を解除したことにより、被共済職員でなくなった場合等(この場合、被共済職員期間を合算できることがあります。)
- 「合算申出」→ 被共済職員期間1年以上ある者が退職手当金を請求しないまま、退職した日から2年以内に再び被共済職員になる場合(この場合、被共済職員期間を合算することができます。)

* 退職手当金請求書・被共済職員退職届の記載上の留意点 *

原本1部と写し2部を作成し、業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）に原本1部と写し1部を提出し、残りの写し1部は共済契約者控としてください。

* 被共済職員退職届については、必ず共済契約者が記入してください。

（訂正箇所がある場合は、必ず共済契約者の代表印を押印してください。）

退職者が改姓している場合について

- ◎ 退職者が結婚等により改姓している場合は、変更後の氏名を退職者氏名欄の上段に記入し、変更前の氏名を下段に記入してください。

退職理由について

- ◎ 該当する番号に○を付けてください。

No	退職理由	添付書類
①	普通退職（結婚、定年、転職、雇用契約期間満了など②③④以外の場合※1） ・平成13年4月1日以降に加入した職員が、②の(1)から(6)に該当する理由による退職の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・遺族、相続人請求の場合は、「遺族・相続人による請求について」を参照
②	普通退職 ・平成13年3月31日以前に加入した職員が、平成13年4月1日以降に退職し、右の(1)から(6)に該当する理由による退職の場合	<ul style="list-style-type: none"> (1) 業務上以外の死亡による退職 ・死亡診断書（写） ・遺族、相続人請求の詳細は、「遺族・相続人による請求について」を参照 (2) 共済契約対象外施設等への配置換による退職 ・共済契約者の発行する配置換命令書（写） ・共済契約者の定款 (3) 社会福祉施設等の施設の廃止又は休止による退職 ・社会福祉施設等の施設の廃止又は休止を証する書類 (4) 業務上以外の傷病による退職 ・共済契約者が発行する事情説明書 ・障害厚生年金の受給を証する書類又は障害の程度が厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に該当することの医師の診断書 (5) 社会福祉施設等の移転により通勤が不可能又は困難となったことによる退職 ・通勤が不可能又は困難となったことの共済契約者が発行する事情説明書 (6) 社会福祉施設等の定員の減少等により職員定数に過員が生じたことによる退職 ・社会福祉施設等の入所定員の減少、減少前後の入所定員を証する書類 ・入所定員減少前後の職員名簿 ・保育所の保育士の場合は、措置児童数の変更状況を証する書類及び前年度及び当年度の4月1日現在の職員名簿
③	業務上の傷病により障害の状態になったことによる退職	労災保険の適用を受ける者であるとき ※2 <ul style="list-style-type: none"> ・障害補償給付又は傷病補償年金の支給決定通知書（写） ・共済契約者が発行する現認証明書 ・障害厚生年金の受給を証する書類又は障害の程度が厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に該当することの医師の診断書等
	業務上の死亡による退職	労災保険の適用を受ける者であるとき ※2 <ul style="list-style-type: none"> ・葬祭料の支給決定通知書（写） ・死亡診断書（写） ・共済契約者が発行する現認証明書 ・遺族、相続人請求の詳細は、「遺族・相続人による請求について」を参照

④	犯罪行為又は重大な非行による退職	<ul style="list-style-type: none"> ・犯罪等の概要（発覚した時期、犯罪等を犯した期間・回数・被害の程度等） ・共済契約者の処分状況（辞令の写） ・理事会議事録（写） ・就業規則（写） ・労働基準監督署の解雇予告除外がある場合の認定書（写） ・判決があった場合の判決書（写） ・新聞記事（写） ・その他関係書類
---	------------------	---

- ※1 給食部門の外部委託に伴う調理員の退職、勲奨退職等は、①普通退職に該当します。
 2 労災の適用を受けない退職者で、③業務上の傷病により障害の状態になったことによる退職若しくは業務上の死亡による退職に該当する方は、別途機構にご連絡ください。

遺族・相続人による請求について

退職手当金の請求者が、遺族、相続人の場合、請求書・退職届のほかに次の添付書類が必要になります。また、受給権者については、優先順位がありますので注意してください。

(1) 遺族が請求する場合（死亡による退職）

ア. 受給権者の順位及び添付書類(受給者の順位は次のとおりとなっています)

順位		受給権者	添付書類
第1グループ	1	戸籍上の配偶者	① 死亡診断書（写） ② 配偶者の戸籍謄本（但し、被共済職員の死亡後に別戸籍となっている場合は、配偶者の戸籍謄本のほか被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本）
		内縁の妻又は夫	① 死亡診断書（写） ② 被共済職員の死亡及び戸籍上の配偶者がいないことを証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 内縁の妻又は夫の戸籍謄本 ④ 内縁関係についての「生計維持に関する調査書」（様式11号）及び被共済職員の死亡当時の世帯員の状況を明らかにすることができる住民票の謄本
第2グループ	2	子	① 死亡診断書（写）
	3	父母	② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本
	4	孫	③ 被共済職員の死亡当時、主として被共済職員の収入によって生計を維持していたことを証する「生計維持に関する調査書」（様式11号）
	5	祖父母	④ 被共済職員と請求者の身分関係及び先順位の遺族がいないことを証する戸籍謄本（除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む）
	6	兄弟姉妹	⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者が除籍されている場合は、請求者の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
7	その他の親族		
第3グループ	8	子	① 死亡診断書（写）
	9	父母	② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本
	10	孫	③ 被共済職員の死亡当時、主として被共済職員の収入によって生計を維持していた親族がいないことを証する「生計維持に関する調査書」（様式11号）
	11	祖父母	④ 被共済職員と請求者の身分関係及び先順位の遺族がいないことを証する戸籍謄本（除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む） ※ 被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本
	12	兄弟姉妹	⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者が除籍されている場合は、請求者の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本

イ. 同順位者が2人以上いる場合

上表中の順位2～7及び順位8～12の者において、同順位者の遺族が2人以上いる場合は、同順位者の遺族の中から代表者を定め、その者が請求者となる「退職手当金請求書」を作成し、他の者が作成したその者に対しての退職手当金の請求及び受取についての委任状（様式12号）を添付してください。

ウ. 遺族が未成年者の場合

未成年者の親権者又は後見人が請求者として「退職手当金請求書」を作成し、その者が親権者又は後見人であることが記載されている未成年者の戸籍謄本を添付してください。

(2) 相続人が請求する場合（退職後、退職手当金を受取る前に死亡）

ア. 受給権者の順位及び添付書類

順位	受給権者	添付書類
1	配偶者及び子、孫等 (直系卑属)	① 配偶者の戸籍謄本（但し、被共済職員の死亡後に別戸籍となっている場合は、配偶者の戸籍謄本のほか被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本） ※ 被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本 ② 上記①の戸籍謄本により子が除籍されている場合は、子の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
2	配偶者及び父母、祖父母等 (直系尊属)	① 第1順位の①に同じ ② 被共済職員と請求者の身分関係及び先順位の相続人がいないことを証する戸籍謄本（除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む） ※ 被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本 ③ 上記②の戸籍謄本より請求者が除籍されている場合は、請求者の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本
3	配偶者及び兄弟姉妹	第2順位に同じ

イ. 同順位者が2人以上いる場合

遺族請求の場合のイと同じです。

ウ. 相続人が未成年者の場合

遺族請求の場合のウと同じです。

合算申出の有無について

- ◎ 合算申出の有無について、該当するものを○で囲んでください。

「合算申出」とは、被共済職員である期間（加入期間）が1年以上ある職員が退職した場合において、その職員が、退職した日から起算して2年以内に、退職手当金を請求しないで再び被共済職員となることを機構に申し出ることをいいます。（この場合、被共済職員期間を合算することができます。）

退職年月日について

- ◎ 退職年月日は被共済職員が退職したその日です。社会保険の資格喪失日（退職の翌日）とは取り扱いが異なるので注意してください。なお、死亡による退職の年月日は、死亡した日となります。

退職者の連絡先について

- ◎ 合算申出「有」の場合と、「所在不明」、「請求放棄」、「一年未満」以外で退職者が退職手当金請求書を提出しない場合は、記入してください。

被共済職員期間とならない月について

- ◎ 該当する期間において、業務に従事した日数が10日以下の月（被共済職員期間とならない月）があれば月名と合計月数を記入し、なければ計に「0.0」と記入してください。なお、その被共済職員期間とならない月は6か月の本俸月額欄から除いてください。

業務に従事したとみなす日について

- ◎ 出産予定日前6週間（多胎妊娠の場合は14週間）と出産後8週間の休業期間
- ◎ 育児休業期間（「育児休業欄の記入について」を参照してください。）
- ◎ 年次有給休暇（ただし、1の年につき20日を限度とします。）
- ◎ 介護休業期間（対象家族1人について、要介護状態に至るごとに1回、期間は通算して93日までです。）
- ◎ 業務上の傷病により、業務に従事しなかった日（原則として、労働者災害補償保険法に基づく労災の給付の認定を受けている場合）は、「業務上の傷病による休業期間」の欄に該当する期間を記入し、現認証明書を添付してください。

「育児休業」欄の記入について

- ◎ 新たに届出をする人
「1 新規」に○印を付け、必要事項を記入してください。
- ◎ 既に届出をしている人
 - ・既報告の終了年月日に変更が生じた場合
「2 変更」に○印を付け、必要事項を記入してください。
 - ・既報告に変更がない場合には、記入不要です。
- ◎ 再取得の届出をする人
育児休業は、原則として1人の子について1回しか取得できませんが、特別の事情等により再度の取得をした場合、「3 再取得」に○印を付け、必要事項を記入してください。

（注）「開始年月日」

女性職員の場合→出産日の翌日から起算して57日目を以降（産後休暇8週間が終了した翌日以降）

男性職員の場合→出産日以降

「終了年月日」

女性職員、男性職員とも「子」の1歳の誕生日の前日まで（※）

（※）子が1歳を超えても休業が必要と認められる場合については、「パパ・ママ育休プラス」及び「半年延長の理由」を参照してください。

- ◎ パパ・ママ育休プラス
パパ・ママ育休プラスを利用した場合は、「有」に○印を付けてください。
「パパ・ママ育休プラス」…同一の子について配偶者が子の1歳到達日以前に育児休業を取得する場合、子が1歳2ヶ月に達するまでの間、育児休業を取得することができます。ただし、育児休業取得期間の限度は、1年間（女性の場合は、誕生日以後の産前・産後休業期間を含む）となります。
- ◎ 半年延長の理由
下記の理由により、子が1歳6ヶ月に達するまでの間、育児休業を取得した場合は、該当する理由番号に○印を付けてください。
 - 1…保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
 - 2…子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

本俸月額額の記入について

- ◎ 俸給表の額欄
格付けされた俸給の額です。
- ◎ 俸給の調整額欄
 - ①定額または定率のいずれかで、②月額により支給することが、③給与規程の支給条項に明記されているもので、次に掲げる（ア）または（イ）の趣旨で支給しているもの
 - （ア）給与特別改善費
保育士、介護職員、指導員等の俸給を改善する趣旨で支給されるものです。
 - （イ）特殊業務手当
職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤務環境その他の勤務条件が、同じ職務の

等級に属している他の職種に比較して著しく相違しているため、格付本俸を調整する趣旨で支給されるものです。

なお、(ア)又は(イ)の趣旨に合致する手当を対象としますので、次のような手当は対象となりません。

- ①従事した回数等をもとに支給額が決められる特殊勤務手当
- ②管理、監督の地位にある職員に対して支給される管理職手当
- ③地域における賃金、物価水準等を勘案して支給される調整手当
- ④取得した資格に対して支給される資格手当
- ⑤全ての職員(職種)に支給される職務手当

- ◎ 日給月給制の職員の本俸月額、次の算出により得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合
→ $7,000\text{円(日給)} \times 21\text{日} = 147,000\text{円}$
- ・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合
→ $700\text{円(時給)} \times 8\text{時間(1日の労働時間)} \times 21\text{日} = 117,600\text{円}$

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日勤務の職員の場合
→ $7,000\text{円(日給)} \times 4/5\text{日(週5日にならした日給)} \times 21\text{日} = 117,600\text{円}$
- ・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→ $700\text{円(時給)} \times 7\text{時間(1日の労働時間)} \times 4/5\text{日(週5日にならした日給)} \times 21\text{日} = 82,320\text{円}$

※上記にあてはまらない場合は、機構にご相談ください。

- ◎ 業務上の傷病による休業、産前・産後の休業、育児休業、介護休業等の理由により、その本俸月額の一部又は全額を支給されない場合は、これらの理由がないと仮定した場合において、その者が受けるべき本俸月額を記入してください。
- ◎ 年俸制を取る共済契約者については、その金額の12分の1を本俸月額とします。ただし、年俸の中に俸給の調整額以外の各種手当(賞与を含む)が含まれている場合は、その額を差し引いた額の12分の1を本俸月額とします。

(注) 6か月本俸内で金額が変動している場合は、確認のため6か月の給与台帳、雇用契約書の写しを添付してください。

*退職手当金請求書については、必ず請求者本人が記入してください。

(訂正箇所がある場合は、必ず請求者本人の個人印を押印してください。)

請求者区分について

- ◎ 請求者区分は次のとおりです。
- ・退職者本人 … 被共済職員が退職した場合
 - ・相 続 人 … 被共済職員が退職した後に死亡した場合
 - ・遺 族 … 被共済職員が死亡したことによって退職した場合
- ※ 相続人及び遺族請求の場合、別途添付書類が必要となります。「遺族・相続人による請求について」を参照のうえ、添付してください。

住所について

- ◎ 退職所得申告書の現住所と同一となります。

振込先金融機関について

- ◎ 請求者以外の預金口座(家族名義等)には送金できないため、請求者本人の普通預金口座を記入してください。
- ◎ 金融機関名を記入のうえ、○を付けてください。
- ◎ 口座番号を右詰めで記入してください。
- ◎ 請求者口座名義を左詰めでカタカナで記入してください。

◎ ゆうちょ銀行への振込みを希望される場合は、振込用の「店名・預金種目・口座番号」が必要ですので、ゆうちょ銀行・郵便局の貯金窓口にてご確認ください（ゆうちょ銀行の振込用支店名は漢数字3桁で、最終桁が「八」になります）。

※ 様式を機構ホームページより印刷された場合は、「退職手当金請求書・被共済職員退職届」と「退職所得申告書」が印刷設定の関係上、各々、A4サイズにわかれて印刷されますが、その印刷された2枚のうち「退職手当金請求書・被共済職員退職届」が左側、「退職所得申告書」が右側になるよう並べて複写し、A3サイズ1枚として、ご使用ください。なお、印刷機または複写機の関係上、A4サイズしか対応できない場合は、必ずホチキスで留めて提出してください。

申告書の書き方

- 1 「①」欄には、退職年月日（会社の役員等の退職手当等で、株主総会等の決議を要するものは、その決議により支払を受ける金額が具体的に定められた年月日）を記載します。
- 2 「②」欄には、在職中に障害者となったことに直接基因して退職した人は、「障害」を○で囲み、（ ）内に障害の状態、身体障害者手帳等の交付年月日等を記載します。その他の人は「一般」を○で囲みます。また、その年1月1日現在で生活保護法による生活扶助を受けている人は、生活扶助の「有」を、その他の人は「無」を○で囲みます。
- 3 「③」欄には、この申告書を提出して今回支払を受ける退職手当等についての勤続期間とその年数（1年未満の端数は切上げ）を記載します。

この場合、勤続期間は、原則としてその支払者のもとで引き続き勤務した期間（その支払者から前に退職手当等の支払を受けている場合には、前の退職手当等の計算の基礎となった勤続期間の末日以前の期間を除きます。）によります。ただし、次の期間がある場合には、その期間を加えた期間によります。

- (1) その支払者から受けた前の退職手当等の計算の基礎となった勤続期間で、今回の退職手当等の計算の基礎となる勤続期間に通算された期間
- (2) 一時他に勤務していたなどのため、その支払者のもとでの勤務が中断した人の、その中断前に引き続き勤務した期間（一時他に勤務することとなった際に、その支払者から退職手当等を受けなかった場合に限りです。）
- (3) 他に勤務していた期間（その支払者のもとで勤務しなかった期間に限りです。）で、今回の退職手当等の計算の基礎となる期間に通算された期間

また、「③」欄の内書には、上記の勤続期間のうち、特定役員退職手当等^(※)に係る勤続期間（以下「特定役員等勤続期間」といいます。）の有無、有の場合は、その勤続期間及びその年数（1年未満の端数切上げ）を記載します。

さらに、内書として、この特定役員等勤続期間と一般退職手当等に係る勤続期間（以下「一般勤続期間」といいます。）の重複の有無、有に場合は、その重複期間及びその年数（1年未満の端数切上げ）を記載します。

※1 特定役員退職手当等とは、役員等としての勤続年数（以下「役員等勤続年数」といいます。）が5年以下である人が支払を受ける退職手当等のうち、その役員等勤続年数に対応する退職手当等として支払を受けるものをいいます。

- 2 役員等とは次に掲げる人をいいます。
 - イ 法人税法第2条第15号に規定する役員
 - ロ 国会議員及び地方公共団体の議会の議員
 - ハ 国家公務員及び地方公務員

- 4 「④」欄には、本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間を上記3の方法で計算して記載します。また、内書は、上記3(3)「③」欄の内書に倣い記載します。
- 5 「⑤」欄には、「③」欄と「④」欄の勤続期間について、重複する部分は二重に計算しないように通算した勤続期間とその年数（1年未満の端数切上げ）を記載します。また、内書は、上記3(3)「③」欄の内書に倣い記載します。
- 6 「⑥」欄には、前年以前4年内（その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内）に支払を受けた退職手当等（以下「4年内の退職手当等」といいます。）がある場合に、その4年内の退職手当等についての勤続期間を記載します。

ただし、4年内の退職手当等の収入金額がその退職手当等についての退職所得控除額に満たなかったときは、その4年内の退職手当等の収入金額に応じ、その4年内の退職手当等についての勤続期間の初日から次表の算式によって計算した数（小数点以下の端数切捨て）に相当する年数が経過する日までの期間を記載します。

4年内の退職手当等の収入金額	算 式
800万円以下の場合	その収入金額÷40万円
800万円を超える場合	(その収入金額-800万円)÷70万円+20

- 7 「⑦」欄には、「③」欄又は「⑤」欄の勤続期間のうち、「⑥」欄の勤続期間と重複している期間を記載します。また、「⑧」欄には、この重複している期間のうち、「③」欄又は「⑤」欄の特定役員等勤続期間と重複する期間の有無、有の場合は、その重複勤続期間及びその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。
- 8 「⑧」欄又は「⑨」欄には、「③」欄又は「④」欄の勤続期間のうち、その勤続期間に通算された、前の退職手当等についての勤続期間（上記3の(1)又は(3)の期間（(3)の期間については、その「他」の勤務先から前に退職手当等の支払を受けている場合に限りです。）とその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。また、内書には、その勤続期間のうち、特定役員等勤続期間の有無、有の場合は、その特定役員等勤続期間及びその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。
- 9 「⑩」欄には、「③」欄又は「⑤」欄の勤続期間のうち、「⑧」欄又は「⑨」欄の勤続期間だけからなる部分の期間とその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。また、「⑩」欄には、その勤続期間のうち、特定役員等勤続期間の有無、有の場合は、その特定役員等勤続期間及びその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。
- 10 「⑪」欄には、「⑦」欄と「⑩」欄の勤続期間について、重複する部分は二重に計算しないように通算した勤続期間とその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。また、「⑪」欄には、「⑧」欄と「⑩」欄の勤続期間について、重複する部分は二重に計算しないように通算した勤続期間とその年数（1年未満の端数切捨て）を記載します。

【退職手当金請求書・被共済職員退職届記載例】

退職所得の受給に関する申告書

平成年△△分 退職所得申告書

氏名 神谷 町子
 住所 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号
 現在所 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号
 本人の生年월日 1955年 03月 03日

退職手当等の支払を受けた月の年월日 2021年 02月 15日

退職の区分等 普通

この欄には、全ての収入、取立て、返戻金、退職手当等の支払を受け、前に退職手当等の支払を受けたことがない申告書には、下のB以下の各欄には記載する必要はありません。

退職の区分	退職の年月日	退職手当等の支払を受けた年月日
① 退職手当等の支払を受けなかった年月日		
② 退職の区分		
③ ④の退職手当等の支払を受けた年月日		
④ 退職の年月日		
⑤ 退職手当等の支払を受けた年月日		
⑥ 退職の年月日		
⑦ 退職手当等の支払を受けた年月日		
⑧ 退職の年月日		
⑨ 退職手当等の支払を受けた年月日		
⑩ 退職の年月日		

⑨ この申告書の提出先から、この退職手当等の支払を受けたことがない申告書には、下のB以下の各欄には記載する必要はありません。

⑩ この申告書の提出先から、この退職手当等の支払を受けたことがない申告書には、下のB以下の各欄には記載する必要はありません。

区別	収入金額	源泉徴収額	支払を 受けた 年月日	支払を 受けた 年月日	支払を 受けた 年月日
A					
B					
C					
D					
E					
F					

AはA、Bの退職手当等について、前記の退職手当等について支払を受ける退職手当等について、この欄に記載してください。
 BはCの退職手当等について、前記の退職手当等について支払を受ける退職手当等について、この欄に記載してください。
 CはDの退職手当等について、前記の退職手当等について支払を受ける退職手当等について、この欄に記載してください。
 DはEの退職手当等について、前記の退職手当等について支払を受ける退職手当等について、この欄に記載してください。
 EはFの退職手当等について、前記の退職手当等について支払を受ける退職手当等について、この欄に記載してください。

源泉徴収票貼付欄

源泉徴収票 (有・無)

退職手当等の支払を受けた年月日

収入金額 (円) (F)

源泉徴収額 (円) (G)

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

支払を
受けた
年月日

⑩ この申告書は必ず記入する欄に記入してください。記入欄のないものは、退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)は必ず記入してください。また、この申告書は必ず記入する欄に記入してください。記入欄のないものは、退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)は必ず記入してください。

また、この申告書は必ず記入する欄に記入してください。記入欄のないものは、退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)は必ず記入してください。

退職手当金請求書

平成年3月1日 次のとおり退職手当金を請求します(請求者が記入して下さい) ×

請求者 神谷 町子 (氏名) 1955年 03月 03日 (生年月日) 03 7738 8888 (電話)

請求先 株式会社 福社 (会社名) 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号 (住所)

退職届提出年月日 2021年 02月 15日

退職手当金の支払を受けた年月日 2021年 02月 15日

退職手当金の支払総額 1,950,000 (円)

退職手当金の支払額 1,950,000 (円)

退職手当金の支払回数 1 (回)

退職手当金の支払額 1,950,000 (円)

退職手当金の支払回数 1 (回)

退職手当金の支払額 1,950,000 (円)

退職手当金の支払回数 1 (回)

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
退職した月の本俸月額	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000
退職した月の退職手当	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000
退職した月の退職手当	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000	1,950,000

請求者 神谷 町子
 住所 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号
 電話番号 03-7738-8888

退職届提出者 株式会社 福社
 住所 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号
 電話番号 03-7738-8888

退職届提出先 東京府社会福祉センター
 住所 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号
 電話番号 03-7738-8888

請求者印 (印) 退職届提出者印 (印) 退職届提出先印 (印)

請求者印 (印) 退職届提出者印 (印) 退職届提出先印 (印)

請求者印 (印) 退職届提出者印 (印) 退職届提出先印 (印)

請求者印 (印) 退職届提出者印 (印) 退職届提出先印 (印)

⑩ この申告書は必ず記入する欄に記入してください。記入欄のないものは、退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)は必ず記入してください。

また、この申告書は必ず記入する欄に記入してください。記入欄のないものは、退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)は必ず記入してください。

【合算申出をする場合の被共済職員退職届記載例】

芝 平成 年分 退職所得の受給に関する申告書

退職手当 退職所得

あなたの氏名: 芝 平成
住所: 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目9番13号
勤務先: 独立行政法人福祉機構

このA欄には、あなたが記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB欄に記載する必要はありません。)

① 退職手当等の支払を受けた日: 年 月 日

② 退職の区分: 生活 労働 (有・無)

③ この申告書の提出先から受け取る退職手当等について、うち うち

④ 本欄中に支払を受けた際の退職期間: 年 月 日 至 年 月 日

⑤ ④の退職期間のうち、うち うち

⑥ ④の退職期間のうち、うち うち

⑦ ④の退職期間のうち、うち うち

⑧ ④の退職期間のうち、うち うち

⑨ ④の退職期間のうち、うち うち

⑩ ④の退職期間のうち、うち うち

またこの申告書は必ず記入の欄を印刷してください。記入欄に印刷されていないと支給額が0%と計算され、退職所得の源泉徴収票に特別徴収票として記載され、その写しを必ず添付してください。

源泉徴収票 (有・無)

芝 平成 年分 退職所得の受給に関する申告書

退職手当 退職所得

あなたの氏名: 芝 平成
住所: 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目9番13号
勤務先: 独立行政法人福祉機構

このA欄には、あなたが記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB欄に記載する必要はありません。)

① 退職手当等の支払を受けた日: 年 月 日

② 退職の区分: 生活 労働 (有・無)

③ この申告書の提出先から受け取る退職手当等について、うち うち

④ 本欄中に支払を受けた際の退職期間: 年 月 日 至 年 月 日

⑤ ④の退職期間のうち、うち うち

⑥ ④の退職期間のうち、うち うち

⑦ ④の退職期間のうち、うち うち

⑧ ④の退職期間のうち、うち うち

⑨ ④の退職期間のうち、うち うち

⑩ ④の退職期間のうち、うち うち

またこの申告書は必ず記入の欄を印刷してください。記入欄に印刷されていないと支給額が0%と計算され、退職所得の源泉徴収票に特別徴収票として記載され、その写しを必ず添付してください。

源泉徴収票 (有・無)

共済契約者間継続職員異動届

(約款様式第8号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

業務委託先受付日付印
機構受付日付印

◎ ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
異動前の共済契約者及び異動後の共済契約者にてそれぞれ写し1部を控えとして残してください。

被共済職員氏名 (フリガナ) 54 73
生 年 月 日 114 120
共済契約者番号 4 9 施設番号 10 12 採用年月日 14 19
職 種
氏名又は名称 ㊟
主たる事業所の所在地 郵便番号 -
事務担当者氏名 連絡先 電話
勤務する施設又は事業所
異動後の共済契約者
共済契約者番号 36 41 職員番号 42 46
氏名又は名称 ㊟
主たる事業所の所在地 郵便番号 -
事務担当者氏名 連絡先 電話
勤務する施設又は事業所
異動前の共済契約者
退職月の直前の4月から退職までの期間において
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済期間とならない月)
業務上の傷病による休業期間(現認証明書を添付すること)
育児休業の申請があった者
月 名 左月の計
1 新規 出産日
2 変更 育児休業開始日
3 再取得 育児休業終了日
パパ・ママ育休プラス 有・無
半年延長の理由(※) 1・2
1 新規 出産日
2 変更 育児休業開始日
3 再取得 育児休業終了日
パパ・ママ育休プラス 有・無
半年延長の理由(※) 1・2
カードNo. 1 2
5 8

(※) 半年延長の理由

育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んで下さい。

1・・・保育所に入所を希望しているが、入所できない場合

2・・・子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

* 共済契約者間継続職員異動届の記載上の留意点等(1/4)*



被共済職員が共済契約者間で異動(退職した日の翌日に採用)した場合は、『共済契約者間継続職員異動届』を提出してください。

なお、採用先の施設・事業において、『平成18年4月1日以後加入させない届出』または『退職手当共済契約部分解除通知書(制度改正後職員の部分解除)』を提出している場合、異動職員を受入れられないため、継続異動はできません。

また、社会福祉施設等以外に継続異動した職員は、公的助成の対象外となり単位掛金額の3倍の掛金が必要となります。

共済契約者間継続職員異動届 (約款様式第8号)

平成〇〇年4月6日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

		業務委託先受付日付印		機構受付日付印		
被共済職員氏名		(フリガナ) 武蔵 トモコ		生 年 月 日		
74 武蔵 智子		73 114 4 8 6 9		120		
異動後の共済契約者	共済契約者番号		施設番号		採用年月日	
	130ΔOX001000401		1		2	
	氏名又は名称		社会福祉法人 虎ノ門福社会		職 種	
	主たる事業所の所在地		東京都港区虎ノ門4-3-13		名 称	
	事務担当者氏名		北海 弘子		番号	
勤務する施設又は事業所		特別養護老人ホーム 神谷苑		06		
異動前の共済契約者	共済契約者番号		職員番号		異動後の本俸月額	
	130XXΔ		0017		3	
	氏名又は名称		社会福祉法人 町田福社会		<別掲> 俸給表の額	
	主たる事業所の所在地		東京都町田市1-1		俸給の調整額	
	事務担当者氏名		扶父 のり子		237500 14250	
勤務する施設又は事業所		特別養護老人ホーム まちだ苑		特別養護老人ホーム		
退職月の直前の4月から退職までの期間において		退職前の本俸月額		退職日		
5		3		4		
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済期間とならない月)		業務上の傷病による休業期間(疾病証明書を経済すること)		育児休業の申請があった者		
12月 1月 0 2		121		1 新規 2 変更 3 再取得		
月 名 左月の計		121		ハバ・ママ育児プラス 有・無		
12月 1月 0 2		121		半年延長の理由(※) 1・2		
1 新規 2 変更 3 再取得		121		ハバ・ママ育児プラス 有・無		
1 新規 2 変更 3 再取得		121		半年延長の理由(※) 1・2		

カードNo. 1 2 5 6

(※) 半年延長の理由
育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んで下さい。
1・・・保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
2・・・子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

* 共済契約者間継続職員異動届の記載上の留意点等(2/4)*

◎1部作成3部複写(原本1部及び複写1部提出用、複写1部異動前共済契約者控用、複写1部異動後共済契約者用)

退職日と採用日が連続していない異動を『合算申出』といいます。
合算申出をする場合は、この届出ではありません。

① 採用年月日 (④退職日と連続した日であること。)

異動してきた者を採用した日を記入します。

② 職種番号

「職種」欄には、以下の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員(職種番号14)については、具体的な職名を記入してください。

職種番号

名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長	医師	05	医師	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長
			訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員	介助員	11	介助員
保育士	03	保育士(保育・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員				ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士	介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー
						その他	14	施設長から介護支援専門員までのいずれの職種にも該当しないもの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー・技師等)

③ 異動後の本俸月額及び異動前の本俸月額

月の途中で異動(退職)した場合は、退職月の前月の本俸月額を記入してください。

ア 「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。

イ 「俸給表の額」欄には、俸給表に格付けされた俸給の額を記入してください。

ウ 「俸給の調整額」欄には、業務の種類に応じて本俸を是正するための「給与特別改善費」(俸給表に算入済みの場合は除く。)及び職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤労環境が著しく特殊であることを考慮し本俸を調整するための「特殊業務手当」(同様の趣旨の手当を含む。)が支給されている場合は、それらの手当の合算額を俸給表の額とは別掲で記入してください。なお、給与規定上判断がつきにくい手当がある場合は、事前に機構にご相談ください。

エ 日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合
→7,000円(日給)×21日=147,000円
- ・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合
→700円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=117,600円

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日勤務の職員の場合
→7,000円(日給)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=117,600円
- ・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→700円(時給)×7時間(1日の労働時間)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=82,320円

※ なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

④ 退職日 (①採用年月日の前日であること。)

異動前の共済契約者施設等を退職した日を記入してください。

⑤ 従業状況

ア「業務に従事した日数が10日以下の月」(被共済職員期間とならない月)

前年4月から本年3月までの間の各月において業務に従事した日数が10日以下の月がある場合に、当該月名と月の計を記入します。例えば「12月 | 01」と記入します。業務に従事した日数が10日以下の月がない場合は、計の欄に「00」を記入してください。

なお、業務上の傷病による休業期間、介護休業期間、出産予定日前6週間(多胎妊娠の場合は14週間)と出産後8週間の休業期間及び育児休業期間は業務に従事した日数に含めますので、この欄には記入しないでください。

イ「業務上の傷病による休業期間」

業務上の傷病による休業期間を出勤日数に含めている場合、「業務上の傷病による休業期間」欄に開始年月日及び終了年月日を記入してください。

ウ「育児休業をとった者」

前年の4月2日から本年の4月1日までに育児休業をとった者及び育児休業の終了日を変更する者に該当する場合に記入します。

・新たに届出をする者は「1. 新規」

・すでに届出しているが、終了日を変更する者は「2. 変更」

・同一の子の育児休業を再度取得する者は「3. 再取得」に○をつけてください。

※ 女性職員が休業した場合、「開始年月日」欄には出産日の翌日より起算して57日目(産後休業8週間を終了した翌日)以降の実際の育児休業開始年月日を記入します。(男性職員が休業した場合は出産日以降の実際の育児休業年月日を記入します。)

※ 「終了年月日」欄には子の満1歳の誕生日の前日までにおいて実際に育児休業が終了した年月日を記入します。なお、子が1歳を超えても休業が必要と認められる一定の場合(保育所に入所を希望しているが、入所できない場合他)にあっては、子が1歳6ヶ月に達するまでの間、育児休業を取得することができますので、「半年延長の理由」欄の該当する番号を選択してください。

※ パパ・ママ育休プラスを利用している場合は、「有」に○印を付けてください。

⑥ 退職月の出勤日数

退職日(異動日)が月の末日でないときはその月の出勤日数を記入してください(例えば、3月25日で退職したが、3月中の出勤日数が20日の場合は「20」)。

※⑤～⑥については、異動後の共済契約者が掛金納付対象職員届で報告してください。




この届出は、異動後の共済契約者が、異動前の共済契約者の同意を得て、引き続き(1日の空白もなく)被共済職員とした場合、当該被共済職員の被共済職員期間が通算されるものです。その間に空白の日がある場合は、継続の取扱いはできません。例えば、異動前の施設・事業を3月15日に退職し、異動後の施設・事業で3月16日に採用された場合は継続となりますが、異動後の施設・事業で3月17日に採用された場合は、継続となりません。

なお、異動後の本俸月額が異動前の本俸月額より低くなる場合、継続異動をするよりも、同日付で退職(退職手当金の算定は、退職した月前6か月の本俸月額が基礎となる)した方が、退職手当が多くなる場合があります。異動前の共済契約者は、異動後の本俸月額や勤務期間の見通し及び退職手当金額の見込みについて当該被共済職員と相談したうえで手続きをとってください。



この届は、継続異動前の共済契約者と継続異動後の共済契約者が両者で作成し、異動後の共済契約者が、施設所在地にある都道府県の業務委託先へ異動後に、速やかに提出してください。

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 異動前の共済契約者を退職(異動)した日の翌日が異動後の共済契約者の採用年月日となっていますか？
- 当該職員の継続異動について、異動前及び異動後の共済契約者の間で同意がありますか？
- 両者(異動前及び異動後の共済契約者)の印が押印されていますか？
- 当該職員について退職手当金の請求を行っていませんか？(請求書が提出され退職手当金の支給決定が行われた後では継続異動は認められません)
- 異動後の施設において、『平成18年4月1日以後加入させない届出』を提出していませんか？
- 異動後の施設は、平成18年4月1日以後加入した職員を部分解除した施設ではありませんか？
- コピー等により共済契約者(異動前及び異動後)分、業務委託先分の控えを作成しましたか？

共済契約対象（外）施設等異動届

(約款様式第9号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ 原本1部と写し1部を業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）に提出してください。
写し1部を共済契約者控としてお手元に残してください。

次のとおり、被共済職員が

届出区分	1	共済契約対象外施設等へ異動したので
	2	共済契約対象施設等へ復帰したので

 届け出ます。

↑ 該当する届出区分に○をつけてください。

4	共済契約者番号	9	氏名又は名称												
↑ 掛金納付対象職員届で 確認してください。			共済契約者	主たる事務所の所在地	郵便番号 ー										
			事務担当者氏名	連絡先	電話										
10	職員番号	14	被共済職員氏名	カナ	15	34	75	生	年	月	日	81			
				漢字	35	74	1	明治							
							2	大正							
							3	昭和							
							4	平成							
施設番号		勤務していた施設又は事業													
		名称											種類		
82	施設番号	84	異動又は復帰した施設又は事業（※異動の場合は「定款」を添付すること）										278	281	
		名称											種類		

1. 共済契約対象外施設等異動の場合（異動区分「1」に○をつけた場合に記載する欄となります。）

異動月の直前の4月から異動月までの期間において				共済契約対象施設等最終在籍年月日																	
業務に従事した日数が10日以下の月 （被共済職員期間とならない月）				業務上の傷病による休業期間 （現認証明書の添付が必要）				87	88	89	90	91	92	日							
207	月名	218	計	254	異動した月以前6か月の本俸月額 （ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます）																
異動月の出勤日数				日	年	月	俸給表の額						<別掲>俸給の調整額 手当名() (円)								
育児休業の申請があったもの				(平成)	(年)	(月)															
255	1 新規	出生日	234	年		月		239	日	94						104	106				111
		育児休業開始日	241	年		月		246	日	113						123	125				130
	2 変更	育児休業終了日	248	年		月		253	日												
3 再取得		パパ・ママ育児プラス	有・無		132			135	136						142	144					149
		半年延長の理由(※)	1・2																		
257	1 新規	出生日	259	年		月		262	日	151						161	163				168
		育児休業開始日	264	年		月		269	日	170						180	182				187
	2 変更	育児休業終了日	271	年		月		276	日												
3 再取得		パパ・ママ育児プラス	有・無		189			192	193						199	201					206
		半年延長の理由(※)	1・2																		

<添付書類>

異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設であることが確認できる「定款」(写)を添付してください。
(なお、当該年度に既に定款を提出してある場合は、提出の必要はありません。)

2. 共済契約対象施設等復帰の場合（異動区分「2」に○をつけた場合に記載する欄となります。） → 4/1付の復帰の場合は、この届出ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。

共済契約対象外施設等 異動年月日	年	月	日	職種		復帰時の本俸月額															
				名称	92番号	93	94	俸給表の額 (円)						100	<別掲>俸給の調整額(円)						
共済契約対象施設等 復帰年月日	86	年		月			91	日													

1	カードNO	2

(※) 半年延長の理由
 育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。
 1・・・保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
 2・・・子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

* 共済契約対象(外)施設等異動届の記載上の留意点(異動の場合)(1/3)*



引き続き1年以上被共済職員である者が、同一の共済契約者が経営する共済契約対象外施設等へ異動し、5年以内に共済契約対象施設等に復帰予定の場合は、この『共済契約対象(外)施設等異動届』を復帰予定施設が所在する都道府県業務委託先に提出してください。ただし、制度上の退職により、退職手当金を請求する場合は不要です。

契約対象外施設へ異動の場合

共済契約対象(外)施設等異動届

(約款様式第9号)

契約対象外施設に異動する場合は「1」に○を付けてください。

成〇〇年6月10日
届社医療機構理事長様

業務委託先受付日付印 機構受付日付印

◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会)に提出し、写し1部を共済契約者控えとしてお手持にしてください。

次のとおり、被共済職員が
 1 共済契約対象外施設等へ異動したので
 2 共済契約対象施設等へ復帰したので
 届け出ます。

該当する届出区分に○をつけてください。

4 共済契約者番号	9	共済契約者	氏名又は名称	社会福祉法人 虎ノ門福社会		
130△〇X			主たる事務所の所在地	郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13		
10 職員番号	14	被共済職員氏名	カナ	生	年	月
00075		水沢 幸雄	ミスサワ ユキオ	5	0	5
1 施設番号	1	名称	勤務していた施設又は事業	種	別	日
001		神谷苑	老人デイサービス	1	2	12
82 施設番号	84	名称	異動又は復帰した施設又は事業(※異動の場合は「定款」を添付すること)	種	別	日
		有料老人ホーム 愛宕荘	有料老人ホーム	3	4	

契約対象外施設に異動した場合、記入してください。

1. 共済契約対象外施設等異動の場合(異動区分「1」に○をつけた場合に記載する欄となります。)

異動月の直前の4月から異動月までの期間において	業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)	業務上の理由による休業期間(医師証明書の添付が必要)	共済契約対象施設等最終在籍年月日	000531	
月名	計	日	異動した月以前6か月の本俸月額	(ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)	
4月	01	日			
異動月の出勤日数	日	年	月	俸給表の額	<別掲>俸給の調整額
		(平成)	(年)	(月)	手取額(円)
育児休業の申請があったもの					
265	出産日	269	年	月	日
1 新規	育児休業開始日	271	年	月	日
2 変更	育児休業終了日	273	年	月	日
3 再取得	パパ・ママ育児プラス	有・無			
	半年延長の理由(※)	1・2			
267	出産日	269	年	月	日
1 新規	育児休業開始日	271	年	月	日
2 変更	育児休業終了日	273	年	月	日
3 再取得	パパ・ママ育児プラス	有・無			
	半年延長の理由(※)	1・2			

この場合は、下部記載の「添付書類」を必ず添付して下さい。

4 添付書類
異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設であることが確認できる「定款」(写)を添付してください。(なお、当該年度に既に定款を提出してある場合は、提出の必要はありません。)

2. 共済契約対象施設等復帰の場合(異動区分「2」に○をつけた場合に記載する欄となります。)

共済契約対象外施設等 異動年月日	年	月	日	職種	復帰時の本俸月額
				名称	俸給表の額
共済契約対象施設等 復帰年月日	年	月	日	82番号	101<別掲>俸給の調整額

カードNO

(※) 半年延長の理由
育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。
1... 保育所に入所を希望しているが、入所できない場合
2... 子の養育を行っている配偶者であって、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

* 共済契約対象(外)施設等異動届の記載上の留意点(異動の場合)(2/3)*



共済契約対象外施設又は事業に異動する際、被共済職員期間が1年に満たない職員は共済契約対象外施設等異動の対象とはならず、退職扱いとなります。

5年以内に契約対象施設等に復帰する予定で『共済契約対象(外)施設等異動届』を提出した者が、最終在籍年月日から起算して5年以内に復帰しなかった場合、異動した日から5年を経過するまでに退職手当金の請求を行わなければ、時効により請求権が消滅します。(例えば、平成24年5月31日を最終在籍年月日として異動した被共済職員が平成29年5月30日までに共済契約対象施設等に復帰しない場合、平成29年5月31日までの間に退職手当金を請求する必要があります。)

また、契約対象施設のうち、『平成18年4月1日以後加入させない届出』又は『退職手当共済契約部分解除通知書(制度改正後職員の部分解除)』を提出している特定介護保険施設等へは復帰することができません。復帰できる施設がない場合、契約対象外施設へ異動した時点で退職となります。

① 異動又は復帰した施設又は事業

異動した施設の名称及び「種類」を記入してください。

② 従業状況

ア「業務に従事した日数が10日以下の月」(被共済職員期間とならない月)

前年4月から本年3月までの間の各月において業務に従事した日数が10日以下の月がある場合に、当該月名と月の計を記入します。例えば「12月 | 01」と記入します。業務に従事した日数が10日以下の月がない場合は、計の欄に「00」を記入してください。

なお、業務上の傷病による休業期間、介護休業期間、出産予定日前6週間(多胎妊娠の場合は14週間)と出産後8週間の休業期間及び育児休業期間は業務に従事した日数に含めますので、この欄には記入しないでください。

イ「業務上の傷病による休業期間」

業務上の傷病による休業期間を出勤日数に含めている場合、「業務上の傷病による休業期間」欄に開始年月日及び終了年月日を記入してください。

ウ「育児休業をとった者」

前年の4月2日から本年の4月1日までに育児休業をとった者及び育児休業の終了日を変更する者に該当する場合に記入します。

- ・新たに届出をする者は「1. 新規」
- ・すでに届出しているが、終了日を変更する者は「2. 変更」
- ・同一の子の育児休業を再度取得する者は「3. 再取得」に○をつけてください。

※ 女性職員が休業した場合、「開始年月日」欄には出産日の翌日より起算して57日目(産後休業8週間が終了した翌日)以降の実際の育児休業開始年月日を記入します。(男性職員が休業した場合は出産日以降の実際の育児休業年月日を記入します。)

※ 「終了年月日」欄には子の満1歳の誕生日の前日までにおいて実際に育児休業が終了した年月日を記入します。なお、子が1歳を超えても休業が必要と認められる一定の場合(保育所に入所を希望しているが、入所できない場合他)にあつては、子が1歳6ヶ月に達するまでの間、育児休業を取得することができますので、「半年延長の理由」欄の該当する番号を選択してください。

※ パパ・ママ育休プラスを利用している場合は、「有」に○印を付けてください。

③ 異動した月以前6か月の本俸月額

加入対象施設等で最終の在籍月以前6か月の本俸月額を記入します。

※ 業務に従事した日数が10日以下の月は「被共済職員期間とならない月」となりますので、「6か月の本俸」の欄からはその月は除いてください。

月の途中で異動(退職)した場合は、退職月の前月の本俸月額を記入してください。

ア 「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。

イ 「俸給表の額」欄には、俸給表に格付けされた俸給の額を記入してください。

ウ 「俸給の調整額」欄には、業務の種類に応じて本俸を是正するための「給与特別改善費」(俸給表に算入済みの場合は除く。)及び職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤労環境が著しく特殊であることを考慮し本俸を調整するための「特殊業務手当」(同様の趣旨の手当を含む。)が支給されている場合は、それらの手当の合算額を俸給表の額とは別掲で記入してください。なお、給与規定上判断がつきにくい手当がある場合は、事前に機構にご相談ください。

エ 日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)]

・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合

→7,000円(日給)×21日=147,000円

・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合

→700円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=117,600円

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日勤務の職員の場合

→7,000円(日給)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=117,600円

・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合

→700円(時給)×7時間(1日の労働時間)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=82,320円

※ なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

④ 添付書類

異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設等であることが確認できる書類を添付してください。

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 契約対象外施設へ異動する職員は、被共済職員としての在籍期間が引き続き1年以上ありますか？
- 共済契約対象施設等の最終在籍日の翌日に共済契約対象外施設等に異動していますか？
- 同一共済契約者が経営する施設等での対象外施設等への異動ですか？
- 当該職員について、退職手当金の請求を行っていませんか？
- 定款(写)は添付されていますか？
- コピー等により共済契約者分、業務委託先分の控えを作成しましたか？

* 共済契約対象(外)施設等異動届の記載上の留意点(復帰の場合) (1/3) *



『共済契約対象(外)施設等異動届』を提出を行い契約対象外施設に異動した職員について、5年以内に共済契約対象施設等に復帰した場合は、被共済職員期間が合算継続されます。

ただし、契約対象施設のうち、『平成18年4月1日以後加入させない届出』又は『退職手当共済契約部分解除通知書(制度改正後職員の部分解除)』を提出している特定介護保険施設等へは復帰できません。復帰できる施設がない場合、契約対象外施設へ異動した時点で退職となります。

契約対象施設へ復帰の場合

共済契約対象(外)施設等異動届

契約対象施設へ復帰する場合は「2」に○を付けてください。

年 月 日
医療機構理事長 様

4月1日付復帰の職員については、この届出は不要です。『掛金納付対象職員届』で報告してください。

1 共済契約対象外施設等へ異動したので
2 共済契約対象施設等へ復帰したので

次のとおり、被共済職員が

該当する届出区分に○をつけてください。

4	共済契約者番号	9	氏名又は名称	社会福祉法人 虎ノ門福祉会		
	130△OX		主たる事務所の所在地	郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13		
			事務担当者氏名	虎野 功	連絡先	電話 03-3438-0222
10	職員番号	14	カナ	ナガノ ヒデトシ	生	年 月 日
	00015		漢字	長野 英俊	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	470701
			施設番号	勤務していた施設又は事業		
			1	名称	有料老人ホーム 泉宮荘	種別
			2	名称	神谷苑	種別

一部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)に提出してください。
届出区分1の場合、下部記載の(添付書類)を必ず添付して下さい。

1. 共済契約対象外施設等異動の場合(異動区分「1」に○をつけた場合に記載する欄となります。)

異動月の直前の4月から異動月までの期間において (業務に就事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月))		業務上の事由による休業期間 (現職証明書の添付が必要)		共済契約対象施設等最終在籍年月日	
207	月名	218	計	254	
		か月			
異動月の出勤日数		日		異動した月以前6か月の本俸月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)	
育児休業の申請があったもの		年 月 日		俸給表の額 (平成) (年) (月)	
出産日		234 年 月 日		97 98	
育児休業開始日		241 年 月 日		116 117	
育児休業終了日		248 年 月 日		123 125	
パパ・ママ育児プラス		有・無		142 144	
半年延長の理由(※)		1・2		159 165	
出産日		259 年 月 日		151 155	
育児休業開始日		264 年 月 日		173 174	
育児休業終了日		271 年 月 日		180 182	
パパ・ママ育児プラス		有・無		199 201	
半年延長の理由(※)		1・2		254 256	

<添付書類>

異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設であることが確認できる「定款」(写)を添付してください。
(なお、当該年度に既に定款を提出してある場合は、提出の必要はありません。)

2 共済契約対象施設等復帰の場合(異動区分「2」に○をつけた場合に記載します。)

→4/1付の復帰の場合は、この届出ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。

共済契約対象外施設等 異動年月日	000501	職	名称	02番号	03	4	俸給表の額	(円) 100	101<別掲>俸給の調整額(円)	106
共済契約対象施設等 復帰年月日	000801	職	名称	02番号	04	1	俸給表の額	(円) 195000	101<別掲>俸給の調整額(円)	0

カードNO

(※) 半年延長の理由

育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。

1・・・希望所に入所を希望しているが、入所できない場合

2・・・子の養育を行っている配偶者であったり、1歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

① 異動又は復帰した施設又は事業

復帰した施設の「施設番号」及び「施設・事業名」を記入してください。

② 異動・復帰年月日

＜ 共済契約対象外施設等異動年月日 ＞

共済契約対象外施設等へ異動した日を記入してください。

＜ 共済契約対象施設等復帰年月日 ＞

共済契約対象外施設等から復帰した日(配置換命令書の発令年月日)を記入してください。

③ 職種番号

「職種」欄には、下記の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員(職種番号14)については、具体的な職名を記入してください。

職種番号

名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長	医師	05	医師	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長
						介助員	11	介助員
保育士	03	保育士(保母・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員	訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人
						介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士	その他	14	施設長から介護支援専門員までのいずれの職種にも該当しないもの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ポイラー技師等)

④ 復帰時の本俸月額

- ・復帰した共済契約対象施設等における「本俸月額」を記載します。
- ・月の途中で復帰した場合は、復帰月の翌月の本俸月額を記入してください。

ア 「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。

イ 「俸給表の額」欄には、俸給表に格付けされた俸給の額を記入してください。

ウ 「俸給の調整額」欄には、業務の種類に応じて本俸を是正するための「給与特別改善費」(俸給表に算入済みの場合は除く。)及び職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤務環境が著しく特殊であることを考慮し本俸を調整するための「特殊業務手当」(同様の趣旨の手当を含む。)が支給されている場合は、それらの手当の合算額を俸給表の額とは別掲で記入してください。なお、給与規定上判断がつきにくい手当がある場合は、事前に機構にご相談ください。

エ 日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員(1日8時間週40時間)]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円の職員の場合
→7,000円(日給)×21日=147,000円
- ・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合
→700円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=117,600円


[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

- ・日給(本俸に相当する額で交通費等を含まない額)が7,000円で週4日勤務の職員の場合
→7,000円(日給)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=117,600円
- ・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→700円(時給)×7時間(1日の労働時間)×4/5日(週5日にならした日給)×21日=82,320円


※ なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

* 共済契約対象(外)施設等異動届の記載上の留意点(復帰の場合) (3 / 3) *



1. 特定介護保険施設等に復帰した場合、公的助成の対象外となることから、単位掛金額の3倍の掛金が必要になります。(社会福祉施設等に復帰した場合、単位掛金額の3倍とはなりません。)
2. 『施設等新設届・申出書』で「契約対象施設等復帰」として報告された共済契約対象外施設等へ異動している職員については、提出の必要はありません。

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 復帰日は共済契約対象外施設等異動年月日の前日(最終在籍年月日)から起算して5年以内ですか？
- 復帰する契約対象施設では、『平成18年4月1日以後加入させない届出』を提出していませんか？
- 復帰する契約対象施設は、平成18年4月1日以後加入した職員の部分解除をした施設ではありませんか？
- コピー等により共済契約者分、業務委託先分の控えを作成しましたか？

共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書

(約款様式第10号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり

届出区分	1	変更があったので届け出ます。
	2	再交付を申し出ます。

↑ 該当する届出区分に○をつけてください。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
 ◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 共済契約者名の変更をした場合及び共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合には、下部記載の(添付書類)を必ず添付してください。

共済契約者番号 掛金納付対象職員届で確認してください。	共済契約者	氏名又は名称	⑩			
		主たる事務所の所在地	郵便番号 —			
		事務担当者氏名	連絡先	電話		

1. 共済契約者氏名又は名称・所在地の変更有無	有 (1に変更事項を記入してください) ・ 無
2. 施設名称・所在地・施設種類の変更有無	有 (2に変更事項を記入してください) ・ 無
3. 共済契約証書の再交付申出	理由 []

※該当する番号に○をつけてください。また住居表示の変更等で共済契約者情報、施設情報の両方が変更された場合はそれぞれ記入をお願いします。

1. 共済契約者の変更事項

名称 (変更年月日 平成 年 月 日)	新	フリガナ				
	旧					
主たる事務所の所在地	新	郵便番号	—			
	旧	都道府県				

2. 共済契約対象施設等の変更事項

施設番号		種類コード			
名称	新				
	旧				
所在地	新	〒 —			
	旧				
種類 (変更年月日 平成 年 月 日)	新				
	旧				

<添付書類>

- 1 共済契約者の名称を変更した場合、登記簿謄本(履歴事項全部証明書)(写)を添付してください。
- 2 共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合、「指定通知書」(写)を添付してください。
 ※上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

<記載上の留意点等>

- 1 変更年月日は、必ず記入してください。
- 2 法人代表者のみ変更の際は、この届を提出する必要はありません。
- 3 複数の施設の住所等を変更する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。
- 4 は記入しないでください。

* 共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書の記載上の留意点（1/2）*



共済契約者の名称又は住所が変更になったとき又は共済契約対象施設等の名称、住所地、施設種類が変更になったとき並びに共済契約証書を紛失・き損したときは、『共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書』を提出してください。

共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書

(約款様式第10号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

業務委託先受付日付印

機構受付日付印

◎ 原本1部と写し1部を業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）にご提出ください。
◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎ 共済契約者名の変更をした場合及び共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合には、下部記載の（添付書類）を必ず添付してください。

伏のお ① 変更があったので届け出ます。

② 再交付を申し出ます。

該当する届出区分に○をつけてください。

共済契約者番号 130△○X	共済契約者	氏名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福社会	郵便番号 105-8486
		主たる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門4-3-13	
		事務担当者氏名 久喜 信	連絡先 電話 03-3438-0222

掛金納付対象職員届で確認してください。

① 共済契約者氏名又は名称・所在地の変更有無 有 (1に変更事項を記入してください) ・ 無

② 施設名称・所在地・施設種類の変更有無 有 (2に変更事項を記入してください) ・ 無

③ 共済契約証書の再交付申出 有 理由 紛失致しました。

※該当する番号に○をつけてください。また住居表示の変更等で共済契約者情報、施設情報の両方が変更された場合はそれぞれ記入をお願いします。

③ 1. 共済契約者の変更事項

名称	フリガナ	トラノモン フクシカイ
変更年月日 平成〇〇年 10月 1日	新	虎ノ門 福社会
	旧	神谷町 福社会
主たる事務所の所在地	郵便番号	105-8486
	新	東京都 港区 虎ノ門4-3-13
	旧	東京都 港区 神谷町3-13

④ 2. 共済契約対象施設等の変更事項

施設番号	001	種類コード	
名称	新	虎ノ門 保育園	
	旧	神谷町 保育園	
所在地	〒	105-8486	
	新	東京都港区虎ノ門4-3-13	
	旧	東京都港区神谷町3-13	
種類	新		
変更年月日 平成 年 月 日	旧		

<添付書類>

- 1 共済契約者の名称を変更した場合、登記簿謄本（履歴事項全部証明書）(写)を添付してください。
 - 2 共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合、「指定通知書」(写)を添付してください。
- ※上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書（約款附表1の参考様式1）

⑤ <記載上の留意点等>

- 1 変更年月日は、必ず記入してください。
- 2 法人代表者のみ変更の際は、この届を提出する必要はありません。
- 3 複数の施設の住所等を変更する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。
- 4 []は記入しないでください。

[]は記入しないでください。

* 共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書の記載上の留意点（2/2）*



次のような場合は、この届出書に該当しない例ですのでご注意ください。

- ①「財団法人東京福祉会」を解散して「社会福祉法人東京福祉会」を設立した場合
 - ②2つ以上の共済契約者が合併して新たに社会福祉法人を設立した場合
 - ③個人経営施設の経営者が個人から個人に変更した場合（死亡による代替わり又は交代）
 - ④法人代表者のみ変更した場合 → 何も提出する必要はありません。
 - ⑤被共済職員の氏名が変わった場合 → 45ページ参照
- 等

46ページ参照

※平成13年4月1日より新たに共済契約を締結できる経営者は、社会福祉法人に限りますので、①～③に該当する場合は、契約解除又は契約手続きが伴います。 → 共済部退職共済課までご連絡ください。

① 届出区分

- ・ 該当する届出区分に○をつけてください。

② 変更等事項

- ・ 該当する変更事項等の番号に○をつけてください。
- ・ 共済契約者氏名又は名称・所在地が変わった場合に「有」に○をつけてください。
- ・ 共済契約対象施設・事業の名称や所在地、施設・事業等種類が変わった場合に「有」に○をつけてください。
- ・ 共済契約証書を紛失、き損等の場合は、再交付申出することができますが、簡単に再交付の理由をカッコ内にご記入ください。

③ 共済契約者の変更事項

- ・ 変更年月日（登記簿謄本に記載されている年月日）は、必ずご記入ください。
- ・ 共済契約者の主たる事務所を移転、市町村合併・区画整備等により、住所や住所表記が変わった場合又は、郵便番号が変更になった場合は、ご記入ください。

④ 共済契約対象施設等の変更事項

- ・ 変更する施設・事業の「施設番号」をご記入ください。施設番号がご不明の場合は、共済部退職共済課にお問い合わせいただくか、施設の「名称」欄に当該名称をご記入ください。
- ・ 「名称」が変更された場合は新旧でご記入ください。
- ・ 「所在地」が変更された場合は、新しい所在地の郵便番号及び新旧所在地をご記入ください。
- ・ 「施設・事業」を変更した場合は、変更施設・事業の「許認可書」(写)、「届出書」(写)等の変更された内容を確認できる書類を添付のうえ、記載されている変更年月日及び種類をご記入ください。

⑤ 変更に伴う添付書類

- ・ 共済契約者の名称を変更した場合は、「登記簿謄本(履歴事項全部証明書)」(写)を添付してください。
- ・ 共済契約対象施設・事業で「種類」を変更した場合は、変更事項が確認できる「許認可書」(写)や「届出書」(写)及び「届出受理書」(写)等を添付し、変更事項が確認できるようにしてください。

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 該当する届出の番号及び有無欄に○印を付されましたか？
- 共済契約者の名称の変更事項は登記簿謄本(履歴事項全部証明書)を参照のうえ記入しましたか？また、登記簿謄本(履歴事項全部証明書)を添付しましたか？
- 共済契約対象施設等の変更事項で記入漏れはありませんか？また、施設・事業種類の変更につきましては、変更事項が確認できる書類を添付しましたか？
- 共済契約者の代表者が変わった場合や被共済職員の氏名等の変更をされる場合はこちらの届け出は必要ありません。
- コピー等により共済契約者分、業務委託先分の控えを作成しましたか？

共済契約対象施設等一部廃止等届

(約款様式第12号)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ ◎
 原本1部と写し1部を業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）にご提出ください。
 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

共済契約者番号		共 済 契 約 者	氏名又は名称				
掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。			主たる事務所の 所在地	郵便番号	—		
			事務担当者氏名	連絡先	電話		
社会福祉施設 等、特定介護保険 施設等又は申出 施設等	施設番号	名 称			休止・廃止 経営移管 年月日		
					年	月	日
理由 (該当する記号に○)	ア. 廃止 イ. 休止 ウ. 経営移管						
被共済職員	(1) 退職者 人 (2) 引継(移管)職員 人 (3) 配置換職員 人 (4) 継続異動職員 人 (5) 共済契約対象外施設等への異動職員 人 (6) 合算申出職員 人 合計 人						
備考	経営移管後の 共済契約者(経営者)名 () 共済契約者番号 ()						

<添付書類>

- 1 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿（別紙）
- 2 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - (1) 「廃止・休止届受理通知書」(写)
 - (2) 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
 - (3) その他、業務委託契約書等(写)

確認事項 ア 施設・事業の名称 イ 所在地 ウ 施設・事業の種類 エ 廃止・休止年月日 ※申出施設等については、「ウ」は不要

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書（約款附表1の参考様式2）

※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- (1) 法人の定款(写)
- (2) 定款変更申請書(写)及びその他の書類

<記載上の留意点>

- 1 「退職者」又は「継続異動職員」又は「共済契約対象外施設等への異動職員」がある時は、遅延なく次の届書を提出してください。
 - (1) 退職者及び合算申出職員 — 退職手当金請求書・被共済職員退職届（約款様式第7号）
 - (2) 他の共済契約者への継続異動職員 — 共済契約者間継続職員異動届（約款様式第8号）
 - (3) 共済契約対象外施設等への異動職員 — 共済契約対象（外）施設等異動届（約款様式第9号）
- 2 経営者の変更により変更後の共済契約者（経営者を含む）が該当共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書（約款様式第1号）」に併せて提出してください。

(別紙) 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿 (廃止・休止する施設・事業に在籍していた職員について、施設・事業毎に作成してください。)

記載上の留意点等を必ずお読みのうえ記入してください。

職員番号	共済契約者番号		施設番号		該当する区分に○をつけてください。				廃止する施設・事業の名称	異動時職種	異動の内容			異動後共済契約者名																	
	1		2		1 社会福祉施設等						名称	番号	理由 該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。	（継続異動・合算申出あるいは引継(移管)職員の異動の場合に記入してください）																	
	2		3		2 特定介護保険施設等									異動後の共済契約者番号																	
3		4		3 申出施設等																											
職員氏名		1 明治		2 大正		3 昭和		4 平成		生年月日		1 男		2 女																	
13		17		38		77		78		79		84		85		86		87		102		138		143		144		148		180	
1									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
2									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
3									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
4									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
5									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
6									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
7									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
8									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
9									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
10									年 月 日		1		1		1. 退職(合算申出含む)			施設等名称													
									年 月 日		2		2		2. 引継(移管)			施設番号													
									年 月 日		3		3		3. 配置換			施設番号													
									年 月 日		4		4		4. 継続異動			施設番号													
								年 月 日						5. 契約対象外施設等異動			施設番号														

※ は記入しないでください

【共済契約対象施設等一部廃止等届記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

○ 記入する前に<記載上の留意点等>をお読みください。

共済契約対象施設等一部廃止等届

(約款様式第12号)

平成〇〇年 4 月 3 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

業務委託先受付日付印
機構受付日付印

次のとおり、施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

① ② ③ ④
下部記載の(添付書類)を必ず添付して下さい。
⑤ 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉
⑥ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
⑦

共済契約者番号 130△〇X	共済契約者	氏名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福祉会	郵便番号 105-8486	主たる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門4-	事務担当者氏名 北海道 花子	連絡先 電話 03-3456-7890	
掛金納付対象職員届で確認して記入してください。		経営していた最終日になります。					
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等		施設番号 003	名称 虎ノ門デイサービスセンター	休止・廃止年月日 00 3 31	提出ください。		
理 由 (該当する記号に○)	ア、廃止 イ、休止 ウ、経営移管						
被 共 済 職 員	(1) 退職者 1 人 (2) 引継(移管)職員 1 人 (3) 配属換職員 2 人 (4) 継続異動職員 1 人 (5) 共済契約対象外施設等への異動職員 1 人 (6) 合算申出職員 1 人 合計 5 人						
備 考	経営移管後の共済契約者(経営者)名() 共済契約者番号()						

<添付書類>

- 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿(別紙)
- 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - 「廃止・休止届受理通知書」(写)
 - 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
 - その他、業務委託契約書等(写)

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式2)
※法令により許可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- 法人の定款(写)
- 定款変更申請書(写)及びその他の書類

<記載上の留意点>

- 「退職者」又は「継続異動職員」又は「共済契約対象外施設等への異動職員」がある時は、遅延なく次の届書を提出してください。
 - 退職者及び合算申出職員 — 退職手当請求書・被共済職員退職届(約款様式第7号)
 - 他の共済契約者への継続異動職員 — 共済契約者間継続職員異動届(約款様式第8号)
 - 共済契約対象外施設等への異動職員 — 共済契約対象(外)施設等異動届(約款様式第9号)
- 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む)が該当共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。

確認事項
ア 施設・事業の名称 イ 所在地
ウ 施設・事業の種類 エ 廃止・休止年月日
※申出施設等については、「ウ」は不要

(別紙) 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿 (廃止・休止する施設・事業に在籍していた職員について、施設・事業毎に作成してください。)
記載上の留意点等をお読みの上記入してください。

職員番号	共済契約者番号 施設番号 13040X003	該当する区分に○をつけてください			廃止する施設・事業の名称 虎ノ門デイサービスセンター	異動時職種		異動の内容		異動後共済契約者名 (縦続異動・合算申出あるいは引継(移管)職員の異動の場合に記入してください)	
		1 社会福祉施設等	2 特定介護保険施設等	3 甲出施設等		名称	番号	理由 該当する番号のいずれか1つに○をつけてください。	施設等名称 左欄で、「2.配置換」あるいは「3.契約対象外施設等異動」に該当する場合は、異動後の施設名と施設番号を記入してください。 ※(施設番号は「配置換」時のみ記入)	施設番号	施設番号
		1 男	2 女	1 明 姓		2 大 正	3 期 初	4 平成	1 年	2 月	3 日
00009	福岡 良太	③	④		介護職員	04	1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 ④ 縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号	(福)神谷会 120XXX		
00013	千葉 育子	③	④		事務員	10	1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号			
00020	秋田 千穂	③	④		介護職員	04	1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) ③ 配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号	虎ノ門苑 001		
00042	山口 健太	③	④		介護職員	04	1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) ③ 配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号	虎ノ門 サービス 002		
00062	奈良 恵	③	④		介護職員	04	1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号	(福)青森会 020XXX		
							1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号			
							1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号			
							1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号			
							1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号			
							1.退職(合算申出含む) 2.引継(移管) 3.配置換 4.縦続異動 5.契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号			

※**00000**は記入しないでください

約款様式第13号 「退職手当共済契約解除通知書」 掲載省略
同 第13号の2 「退職手当共済契約部分解除通知書」 掲載省略

※解除をご検討の際は、独立行政法人福祉医療機構 共済部退職共済課
(TEL03-3438-0222) までご連絡ください。

社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届

(約款様式第16号)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、社会福祉施設等を特定介護保険施設等へ
転換したので届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎ ◎ ◎
 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。
 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付して下さい。

共済契約者番号		共 済 契 約 者	名 称				
			主たる事務所の所在地	郵便番号	-		
			事務担当者氏名	連絡先	電話		
掛金納付対象職員届で 確認して記入してください。							
転換日		平成 年 月 日					
転換した施設又は事業	転換前	施設番号	名 称	種 類			
		所在地		郵便番号	-		
	転換後	名 称	種 類				
		所在地		郵便番号	-		
備 考							

<添付書類>

右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- (1) 「許認可書」(写)
- (2) 「許可書」(写) 及び「許可申請書」(写)
- (3) その他、業務委託契約書等

上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、次のいずれかの書類

- (1) 法人の定款(写)
- (2) 定款変更申請書(写) 及びその他の書類

確認事項

ア	施設・事業の名称	イ	所在地
ウ	施設・事業の種類	エ	廃止・休止年月日
オ	許認可、届出年月日		

<記載上の留意点等>

- 1 施設又は事業の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
 - ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)へ転換
 - ② 軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)から軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)へ転換
 ※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届(約款様式第12号)」及び「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」を提出してください。
- 2 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は「掛金納付対象職員届(約款様式第2号)」で確認して記入してください。
- 3 表中「転換した施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

【社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

○ 記入する前に<記載上の留意点等>をお読みください。

社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届
(約款様式第16号)

平成〇〇年 4 月 8 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、社会福祉施設等を特定介護保険施設等へ
転換したので届け出ます。

業務委託先受付日付印		機構受付日付印	
共済契約者番号 130△0X		名称 社会福祉法人 虎ノ門福祉会	
共済契約者 掛金納付対象職員届で 確認して記入してくだ さい。		主たる事務所の 所在地 郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門	
		事務担当者氏名 北海道 花子 連絡先 103-3432-0222	
転換日 平成〇〇年 4 月 1 日			
転換した施設 又は 事業	転換前	施設番号 005	名称 養護老人ホーム 虎ノ門苑
	所在地 郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13		
	種類 養護老人ホーム		
	転換後		
名称 ケアハウス 虎ノ門苑		種類 ケアハウス	
所在地 郵便番号 105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13			
備考			

<添付書類>

右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

(1) 「許可書」(写)

(2) 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)

(3) その他、業務委託契約書等

上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

※法令により許可可・届出の必要がない場合のみ、次のいずれかの書類

(1) 法人の定款(写)

(2) 定款変更申請書(写)及びその他の書類

<記載上の留意点等>

1 施設又は事業の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。

① 養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)へ転換

② 軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)から軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)へ転換

※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部
廃止等届(約款様式第12号)」及び「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」を提出してください。

2 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は「掛金納付対象職員届(約款様式第2号)」で確認して記入して
ください。

3 表中「転換した施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

① 原本1部と写し1部を業務委託先(都道府県社会福祉協議会等)にご提出ください。

② 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

③ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

施設が転換した日を
記入してください。

施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届

(約款様式第16号の2)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

施設を転換する日以後新たに当法人（共済契約者）に使用され、かつ、当該施設の業務に常時従事することを要する者となるものについては、被共済職員でないものとするを届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

◎◎ 原本1部と写し1部を業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）にご提出ください。写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

共済契約者番号		共済契約者	名称		Ⓜ		
掛金納付対象職員届で確認して記入してください。			主たる事務所の所在地	郵便番号 ー			
			事務担当者氏名	連絡先	電話		
転換予定日		平成 年 月 日					
転換する施設又は事業	転換前	施設番号	名称		種類		
			所在地				
			郵便番号 ー				
	転換後		名称		種類		
		所在地					
		郵便番号 ー					
備考							

<記載上の留意点等>

- 施設の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
 - ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 - ② 軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 ※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届（約款様式第12号）」及び「施設等新設届・申出書（約款様式第1号）」を提出してください。
- この届は、上記1の転換を行う場合において、転換日以後新たに当該共済契約者に使用され、かつ当該転換後の施設の業務に常時従事することを要する職員について、加入させない場合に転換日前日までに提出してください。
 ※なお、施設又は事業を転換した日以後新たに当該共済契約者に使用された職員について契約を解除する場合は、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第13号の2）」を提出してください。（この場合は、転換日以後新たに当該共済契約者に使用された職員全員の同意が必要になります。）
- 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は掛金納付対象職員届で確認して記入してください。
- 表中「転換する施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

【施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届記載例】

独立行政法人福祉医療機構 共済部

○ 記入する前に<記載上の留意点等>をお読みください。

転換日の前日までに提出してください。

施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届

(約款様式第16号の2)

平成〇〇年 3 月 20 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

施設を転換する日以後新たに当法人（共済契約者）に使用され、かつ、当該施設の業務に常時従事することを要する者となるものについては、被共済職員でないものとするを届け出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印

共済契約者番号	130△OX	↑ 掛金納付対象職員届で確認して記入してください。	共済契約者	名称	社会福祉法人 虎ノ門福祉会		
				主たる事務所の所在地	郵便番号 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13		
				事務担当者氏名	北海道 花子	連絡先	電話 03-3438-0222

転換予定日		平成 年 月 日						
転換する施設又は事業	転換前	施設番号	005		名称	養護老人ホーム 虎ノ門苑	種類	養護老人ホーム
	所在地							
	郵便番号 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13							
	転換後			名称	ケアハウス 虎ノ門苑	種類	ケアハウス	
所在地								
郵便番号 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13								
備考								

<記載上の留意点等>

- 施設の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
 - 養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 - 軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 ※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届（約款様式第12号）」及び「施設等新設届・申出書（約款様式第1号）」を提出してください。
- この届は、上記1の転換を行う場合において、転換日以後新たに当該共済契約者に使用され、かつ当該転換後の施設の業務に常時従事することを要する職員について、加入させない場合に転換日前日までに提出してください。
 ※なお、施設又は事業を転換した日以後新たに当該共済契約者に使用された職員について契約を解除する場合は、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第13号の2）」を提出してください。（この場合は、転換日以後新たに当該共済契約者に使用された職員全員の同意が必要になります。）
- 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は掛金納付対象職員届で確認して記入してください。
- 表中「転換する施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

◎ 原本1部と写し1部を業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）に提出してください。
◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。

-144-

参考 『掛金納付対象職員届(約款様式第2号)』作成時の注意点



毎年度4月1日現在の被共済職員の在籍状況及び前年4月2日から3月31日までの異動者状況並びに従業状況を『掛金納付対象職員届』により報告する必要があります。この届出に基づき、被共済職員数を確定し、人数分の掛金を納付してください。

更新中
印刷日時：平成24年05月06日 20:40
提出日時：平成24年04月02日 10:41

平成24年
掛金納付
(被共済職員加入
(被共済職員加入
(共済契約対象施設
(被共済職員退職
平成24年
平成24年4月1日
となる被共済職員

共済契約番号	施設番号	施設・事業廃止年月日
600001	001	

施設又は事業の名称 種類
虎ノ門保育園 保育所

施設の住所
〒105-8486
港区虎ノ門4-3-13 施設001所在地

掛金納付対象職員数	「単位掛金額」対象職員数	「単位掛金額×3」対象職員数	担当者名	北海道 花子
A+B 2	A 2	B *****	電話番号	03-3438-0222
			FAX番号	03-3438-0926

職員番号	4月1日現在籍者の氏名	生年月日	性別(男女)	職 種	異 動 内 容	
					理 由	年 月 日 (事実が発生した年月日を記入してください。)
00001	北海道 花子	昭和32.03.06	女	保育士	1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	平成24.02.28
00002	青森 亜紀	昭和36.03.27	女	事務員	1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	
90003	大平 安江	昭和22.08.29	女	保育士	1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	平成24.03.31
90009	新潟 太郎	昭和64.01.01	男	保育士	1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	平成23.04.29
					1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	
					1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	
					1 新規加入 2 退職 3 配置換増 4 配置換減 5 契約対象施設等復帰増 6 契約対象外施設等異動減 7 継続異動増 8 継続異動減 9 合算申出増 10 合算申出減	

このページの「単位掛金額」対象職員数 人 このページの「単位掛金額×3」対象職員数 人

No. 1 終り ●新しく「4月1日」に社会福祉施設等を開設した場合、特定介護保険施設等又は中出施設等提出し、それに伴う掛金については既存施設分とあわせて5月末までに一括でご納付願います。

職員数がゼロでも掛金届を必ず返送してください。
*掛金納付の対象となる職員がないことを報告する必要があります。

職員番号は記入・抹消しないでください。

平成18年3月31日までに加入した経過措置の対象となる被共済職員(公的補助有)に「★」マークがついています。掛金を算定する際に参考にしてください。

「9」から始まる職員番号が表示されている場合、仮の職員番号になります。

* この届は、施設別・事業単位で報告する必要があります。

提出にあたっては、「機構用」は直接機構に、「業務委託先用」は業務委託先にそれぞれ送付します。

戊24年度 寸対象職員届

職員氏名変更届)
入届(4月1日付加入の者)
等復帰届(4月1日付復帰の者)
届(在籍期間1年未満の者)

4年4月2日
現在在籍する掛金納付の
員の状況は、次のとおりです。

この届は、次の届を兼ねていますので別途届を提出する必要はありません。

- ①被共済職員加入届(4月1日付加入の者)
- ②共済契約対象施設等復帰届(4月1日付復帰の者)
- ③被共済職員退職届(在籍期間1年未満の者)

(600001)
共済契約者電話番号(代表) 03-3438-9999

作成にあたっては、必ず『作成要領』でご確認のうえ、ご記入願

4月1日現在で在籍している職員全員の「俸給表の額」、
「俸給の調整額」(該当があった場合)を報告してください。

*本俸月額については<□22ページ参照>

所属施設は異動先(元)の施設・事業名とその番号 ・契約対象外施設等異動はその施設又は事業名 ・継続異動は共済契約者とその番号 ・含む中出地は前共済契約者とその番号及び 所属番号 ・退職手当金の支給されない契約解除により被共済 員でなくなったことがある職員を加入させる場合は 解除時の共済契約者とその番号及び職員番号	4月1日の本俸月額		従業状況															
	俸給表の額	俸給の調整額	平成23年 3月までの 在籍期間		平成23年4月から24年3月まで 業務従事日数が10日 以下の月(被共済職 員期間としない月)			業務上の傷病に よる休業期間 (現認証付きを添付 してください)		育児休業をとった者								
			円	円	年	月	月	名	計	新規 変更 再取得	出産日	開始年月日	終了年月日 (予定日)					
機構保育園 702	180,000	0	年	月	29	00	27	07										
	200,000	0	年	月	21	05	20	09				新規	平成22.09.07	平成22.11.03	平成24.03.06			
	0	0	年	月	11													
機構保育園 999999	270,000	3,500	年	月														
			年	月														
			年	月														
			年	月														
			年	月														
			年	月														

従業状況欄は、退職手当金の計算基礎となる
被共済職員期間等を報告する、とても重要な記
入欄です。

*業務に従事した日数が10日以下の月(被共済
職員期間とならない月)、業務上の傷病による休
業期間については<□24ページ参照>

*育児休業期間については<□25ページ参照>

等を出し出る場合には、この掛金納付対象職員届ではなく、別途「施設等新設届・申出届」(約款様式第1号)により
ます。



Point 1 :異動内容の理由について

1	新	規	加	入	2	退	職
3	配	置	換	増	4	配	置
5	契	約	対	象	施	設	等
7	契	約	対	象	外	施	設
9	契	約	対	象	施	設	等
	復	帰	増	6	契	約	対
	異	動	増	8	契	約	対
	異	動	増	10	契	約	対
	異	動	増		申	出	減
	申	出	増		申	出	減

+ (増) 当該施設に新しく追加された職員
 ※異動年月日は異動してきた日となります。

△ (減) 当該施設からなくなった職員
 ※異動年月日は在籍した最終日となります。

●配置換(増・減)

同じ法人内の共済契約対象施設等へ異動した職員をいいます。

●契約対象外異動減

同じ法人内の共済契約対象外施設等へ異動した職員をいいます。

* 別途『 共済契約対象(外)施設等異動届』を提出してください。

●契約対象施設等復帰増

同じ法人内の共済契約対象施設等へ復帰した職員をいいます。

* 別途『 共済契約対象(外)施設等異動届』を提出してください(4月1日付復帰の者を除く)。

●継続異動(増・減)

退職手当金を請求せず、1日の空白もなく他の共済契約者の加入可能な共済契約対象施設へ異動して被共済職員期間を続けた職員をいいます。

* 別途『 共済契約者間継続職員異動届』を提出してください。

●合算申出(増・減)

引き続き1年以上被共済職員である者が退職し、2年以内に再び被共済職員となる職員で被共済職員期間の合算を希望する職員をいいます。

* 別途『 退職手当金請求書・被共済職員退職届』、『 被共済職員加入届』を提出してください(4月1日付合算申出の者を除く)を提出してください。



Point 2 :4月1日在籍職員の氏名の変更について

氏名を変更している職員については、『掛金納付対象職員届』にて報告してください。その際には、変更した年月日を報告してください。

年度途中で退職した職員の氏名の変更については、『退職手当金請求書・被共済職員退職届』にて報告してください。

Point 3 :施設又は事業の廃止(休止を含む)について

一部の施設・事業を平成25年3月31日以前に廃止(休止を含む)又は共済契約を締結していない経営者(地方公共団体を含む)に経営移管している場合は、「施設・事業廃止年月日」欄にその廃止の日を記入します。この場合、その施設又は事業の掛金納付対象職員届にプリントされているすべての職員について、異動理由(2, 4, 6, 8, 10のいずれか)を記入してください。

*併せて『共済契約対象施設等一部廃止等届』を提出してください。

Point 4 :施設又は事業の新設・申出について

新しく4月1日に社会福祉施設等を開設した場合、特定介護保険施設等又は申出施設等を申し出る場合には、『施設等新設届・申出書』を提出しますので、当該施設等の被共済職員にかかる『掛金納付対象職員届』の提出は不要です。

また、新設・申出をした場合の掛金については、振込依頼書は再送しませんので、既存の施設・事業分との合計額を1回で納付してください。

『掛金納付対象職員届』(機構用)をご提出いただく場合の送付先

〒105-8486

東京都港区虎ノ門4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階
独立行政法人福祉医療機構 共済部 退職共済課

※個人情報になりますので、共済契約者の個人情報保護規程に基づき、追跡可能な方法等でご提出ください。

作成後の点検

- 記入漏れはありませんか？
- 共済契約者の住所、名称、施設・事業名、種類等に変更がある場合は、訂正していますか？
(別途、該当する届書が必要です)
- 4月1日の在籍者及び加入資格者がもれなく記入されていますか？
- 4月1日加入の場合に限り、別途『被共済職員加入届』を提出する必要はありません。
- 本俸が正確に記入されていますか？

(注) 新しく4月1日に社会福祉施設等を開設した場合、特定介護保険施設等又は申出施設等を申し出る場合には、『施設等新設届・申出書』を提出しますので、当該施設等の被共済職員にかかる『掛金納付対象職員届』の提出は不要です。

証 明 書

①施設（事業）名 _____

〒

②所在地 _____

③施設（事業）の種類
及び根拠法 _____

④入所（利用）定員 _____

⑤職員配置基準数 _____

⑥施設（事業）の
事業開始年月日 _____

⑦設置（事業）の
許認可・届出年月日 _____

上記 { 社会福祉施設等
特定介護保険施設等 } の経営者は (_____ 法人)
申出施設等

_____であることを証明する。

平成 年 月 日

知 事
指定都市市長
中核市市長

印

※1 申出施設等について証明を受ける場合には、①、②、⑥のみ証明を受けてください。

※2 この証明書は、施設・事業の「許認可書」、「届出書」等がない場合のみ使用してください。

証 明 書

①施設（事業）名 _____

〒

②所在地 _____

③施設（事業）の種類 _____

④経営者 _____

⑤廃止・休止年月日 _____

上記のとおり { 社会福祉施設等
特定介護保険施設等
申出施設等 } が { 廃止
休止 } になったことを証明する。

平成 年 月 日

知 事
指定都市市長
中核市市長

印

※ 1 申出施設等について証明を受ける場合には、①、②、④、⑤の証明を受けてください。

※ 2 この証明書は、施設・事業の「廃止・休止届受理通知書」等がない場合のみ使用してください。

証 明 書

①施設（事業）名 _____

〒

②所在地 _____

③施設（事業）の種類 _____

④入所（利用）定員 _____

⑤職員配置基準数 _____

⑥経営者名 新 _____

旧 _____

⑦変更年月日 _____

⑧変更理由 _____

上記のとおり { 社会福祉施設等
特定介護保険施設等 } の経営者が変更したことを証明する。
申出施設等

平成 年 月 日

知 事
指定都市市長
中核市市長

印

- ※1 申出施設等について証明を受ける場合には、①、②、⑥、⑦、⑧の証明を受けてください。
- ※2 この証明書は、施設・事業の「許認可書」、「届出書」等がない場合のみ使用してください。

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 ()

共済契約者名



現 認 証 明 書

次のとおり、就業規則第 _____条 第 _____項にいう業務上の負傷（疾病）による療養のため休業したことを証明します。

1. 施設名称及び施設番号

2. 休業者 職員番号 _____
氏 名 _____
生年月日 _____

3. 発生日時

4. 発生場所

5. 発生時の状況及び原因

6. 負傷（疾病）の内容

7. 労災認定 (有・無・申請中)

8. 休業期間の給与支払 (有・無)

9. 療養のための休業期間 (年 月 日から 年 月 日)

(注) 直前の4月から3月末の期間について記入

10. その他

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 ()

共済契約者名



現 認 証 明 書

次のとおり、業務上死亡したことを証明します。

1. 施設名称及び施設番号

2. 休業者 職員番号 _____
氏 名 _____
生年月日 _____

3. 発生日時

4. 発生場所

5. 発生時の状況及び原因

6. 死亡年月日 年 月 日

7. その他

(添付書類)

- 1 労災保険の適用をうける者である場合
葬祭料（葬祭給付を含みます。）の支給決定通知書又は労働基準監督署の受付印のある「第三者行為災害届」（写）
- 2 労災保険の適用を受けない者である場合
 - (1) 労災保険の適用を受けない理由を記した書類
 - (2) 交通事故の場合は、所轄警察署長又は自動車安全運転センター所長の事故証明書
 - (3) 通勤災害の場合は、その者の住所、事故現場、その者の所属する社会福祉施設等の位置関係及び交通を明らかにした書類
 - (4) 出張中の事故による場合は、出張命令簿（写）

平成〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 (1 3 0 × Δ 〇)

共済契約者名 社会福祉法人東京社会福祉会 (印)

現 認 証 明 書

次のとおり、就業規則第 〇〇 条 第 〇〇 項にいう業務上の負傷（疾病）による療養のため休業したことを証明します。

1. 施設名称及び施設番号

靖公保育園 001

2. 休業者 職員番号 00018

氏 名 神谷 町子

生年月日 昭和50年3月18日

3. 発生日時

平成〇〇年〇〇月〇〇日

4. 発生場所

(必ず記入してください。)

5. 発生時の状況及び原因

(必ず記入してください。)

6. 負傷（疾病）の内容

(必ず記入してください。)

7. 労災認定 (有・無・申請中)

(いずれかに○をしてください。)

8. 休業期間の給与支払 (有・無)

(いずれかに○をしてください。)

9. 療養のための休業期間(〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日)

(注) 直前の4月から3月末の期間について記入

10. その他

平成〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号 (1 3 0 × △ ○)

共済契約者名 社会福祉法人東京福祉会 (印)

現 認 証 明 書

次のとおり、業務上死亡したことを証明します。

1. 施設名称及び施設番号

靖公保育園 001

2. 休業者 職員番号 00018

氏 名 神谷 町子

生年月日 昭和50年3月18日

3. 発生日時

平成〇〇年〇〇月〇〇日

4. 発生場所

(必ず記入してください。)

5. 発生時の状況及び原因

(必ず記入してください。)

6. 死亡年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

7. その他

(添付書類)

1 労災保険の適用をうける者である場合

葬祭料 (葬祭給付を含みます。) の支給決定通知書又は労働基準監督署の受付印のある「第三者行為災害届」(写)

2 労災保険の適用を受けない者である場合

(1) 労災保険の適用を受けない理由を記した書類

(2) 交通事故の場合は、所轄警察署長又は自動車安全運転センター所長の事故証明書

(3) 通勤災害の場合は、その者の住所、事故現場、その者の所属する社会福祉施設等の位置関係及び交通を明らかにした書類

(4) 出張中の事故による場合は、出張命令簿 (写)

Ⅷ. 共済制度における共済契約者・加入施設・被共済職員・退職者の状況

1 都道府県別共済契約者数・加入施設数・被共済職員の状況

各年4月1日現在

都道府県	平成24年4月1日現在			平成23年4月1日現在			増減(△)		
	契約者	施設	職員	契約者	施設	職員	契約者	施設	職員
総数	16,590	53,546	739,329	16,466	51,332	719,947	124	2,214	19,382
北海道	697	2,616	33,389	684	2,488	32,302	13	128	1,087
青森	448	1,141	14,619	447	1,104	14,416	1	37	203
岩手	273	1,021	13,850	271	980	13,305	2	41	545
宮城	175	885	11,168	176	836	11,069	△ 1	49	99
秋田	159	628	9,127	158	616	8,882	1	12	245
山形	184	649	10,687	180	614	10,137	4	35	550
福島	179	690	10,026	177	668	10,176	2	22	△ 150
茨城	400	1,082	14,958	398	1,052	14,728	2	30	230
栃木	268	877	10,286	268	856	10,148	0	21	138
群馬	428	1,083	15,874	426	1,057	15,464	2	26	410
埼玉	598	1,736	24,505	584	1,674	23,843	14	62	662
千葉	471	1,472	21,920	463	1,400	21,136	8	72	784
東京	890	3,427	57,874	888	3,282	56,360	2	145	1,514
神奈川	607	2,522	33,792	602	2,397	32,575	5	125	1,217
新潟	344	1,520	21,751	343	1,447	21,105	1	73	646
富山	174	578	9,020	173	546	8,826	1	32	194
石川	246	775	11,427	244	736	11,141	2	39	286
福井	195	598	8,167	195	572	7,980	0	26	187
山梨	185	448	5,230	187	422	5,101	△ 2	26	129
長野	211	844	11,691	210	815	11,200	1	29	491
岐阜	211	691	9,256	212	669	8,740	△ 1	22	516
静岡	375	1,429	26,786	374	1,387	26,156	1	42	630
愛知	538	1,980	27,074	530	1,853	25,894	8	127	1,180
三重	236	921	11,019	231	890	10,678	5	31	341
滋賀	210	734	10,369	207	711	9,771	3	23	598
京都	410	1,473	16,592	411	1,450	16,494	△ 1	23	98
大阪	892	3,079	40,125	882	2,963	39,172	10	116	953
兵庫	666	1,846	26,364	666	1,800	26,171	0	46	193
奈良	156	571	7,681	153	546	7,576	3	25	105
和歌山	165	485	6,709	165	462	6,564	0	23	145
鳥取	80	417	6,670	81	416	6,441	△ 1	1	229
島根	229	907	11,453	229	878	11,141	0	29	312
岡山	295	1,014	13,579	296	1,000	13,427	△ 1	14	152
広島	394	1,465	19,709	392	1,405	19,159	2	60	550
山口	290	799	9,127	290	764	9,129	0	35	△ 2
徳島	125	420	4,880	123	397	4,848	2	23	32
香川	157	507	6,355	156	493	6,277	1	14	78
愛媛	177	774	9,442	177	725	9,089	0	49	353
高知	148	492	5,432	146	448	5,325	2	44	107
福岡	971	2,475	33,662	965	2,370	33,003	6	105	659
佐賀	204	547	8,025	204	539	7,834	0	8	191
長崎	473	1,283	15,892	470	1,196	15,503	3	87	389
熊本	567	1,194	17,827	559	1,106	17,142	8	88	685
大分	300	808	9,694	302	767	9,346	△ 2	41	348
宮崎	337	783	10,760	336	770	10,557	1	13	203
鹿児島	517	1,222	15,148	513	1,166	14,920	4	56	228
沖縄	335	638	10,338	322	599	9,696	13	39	642

※施設数及び職員数は、施設所在地別の数値です。

2 年齢階級別被共済職員の状況

平成24年4月1日現在

年齢階級	職員数(人)	構成比(%)	累積構成比(%)
20歳未満	4,128	0.56	0.56
20～24歳	98,280	13.29	13.85
25～29歳	108,563	14.67	28.52
30～34歳	98,972	13.39	41.91
35～39歳	93,303	12.62	54.53
40～44歳	76,519	10.35	64.88
45～49歳	74,792	10.12	75.00
50～54歳	78,900	10.67	85.67
55～59歳	63,192	8.55	94.22
60～64歳	29,686	4.02	98.24
65～69歳	7,681	1.04	99.28
70歳以上	5,313	0.72	100.00
計	739,329	100.00	

(参考)平均年齢は39歳7ヶ月です。

3 被共済職員期間別被共済職員数の状況

平成24年4月1日現在

被共済職員期間	職員数（人）	構成比（％）	累積構成比（％）
0年	95,246	12.92	12.92
1年	75,963	10.27	23.19
2年	64,511	8.73	31.92
3年	55,854	7.55	39.47
4年	47,312	6.40	45.87
5年	38,492	5.21	51.08
6年	45,664	6.18	57.26
7年	41,817	5.66	62.92
8年	36,056	4.88	67.80
9年	30,479	4.12	71.92
10年	26,836	3.63	75.55
11年	27,051	3.66	79.21
12年	18,262	2.47	81.68
13年	15,003	2.03	83.71
14年	12,962	1.75	85.46
15年	12,908	1.75	87.21
16年	11,046	1.49	88.70
17年	8,778	1.19	89.89
18年	8,960	1.21	91.10
19年	8,208	1.11	92.21
20年	7,241	0.98	93.19
21年	5,923	0.80	93.99
22年	4,988	0.67	94.66
23年	4,335	0.59	95.25
24年	3,642	0.49	95.74
25年	3,363	0.45	96.19
26年	3,107	0.42	96.61
27年	2,923	0.40	97.01
28年	2,610	0.35	97.36
29年	2,617	0.35	97.71
30年	2,669	0.36	98.07
31年	2,525	0.34	98.41
32年	2,547	0.34	98.75
33年	2,163	0.29	99.04
34年	1,860	0.25	99.29
35年	1,514	0.20	99.49
36年	1,115	0.15	99.64
37年	884	0.12	99.76
38年	538	0.07	99.83
39年	406	0.05	99.88
40年	262	0.04	99.92
41年	181	0.02	99.94
42年	116	0.02	99.96
43年	85	0.01	99.97
44年	64	0.01	99.98
45年	54	0.01	99.99
46年	27	-	99.99
47年	23	-	99.99
48年	22	-	99.99
49年	24	-	99.99
50年	93	0.01	100.00
計	739,329	100.00	

(参考) 平均被共済職員期間 7年 6ヵ月

4 職種別被共済職員数・退職者数の状況

職種別	平成24年4月1日被共済職員数(人)		平成23年4月1日被共済職員数(人)		平成23年度退職者数	退職率(%)
		構成比(%)		構成比(%)	(人)	
総数	739,329	100.00	719,947	100.00	79,881	11.10
施設長	27,945	3.78	27,332	3.80	2,142	7.84
指導員	122,896	16.62	118,393	16.44	10,946	9.25
保育士 (児童自立支援専門員)	193,254	26.14	186,166	25.86	23,196	12.46
介護職員	186,070	25.17	181,334	25.19	20,579	11.35
医師	1,555	0.21	1,541	0.21	228	14.80
看護師 (保健師)	45,359	6.14	44,818	6.22	6,211	13.86
訓練指導員	13,139	1.78	13,146	1.82	1,229	9.35
栄養士	20,402	2.76	19,676	2.73	2,384	12.12
調理員	35,199	4.76	35,622	4.95	4,886	13.72
事務員	42,837	5.79	42,166	5.86	2,978	7.06
介助員	4,438	0.60	4,537	0.63	516	11.37
ホームヘルパー	11,865	1.60	12,215	1.70	1,377	11.27
介護支援専門員	18,574	2.51	18,107	2.52	1,479	8.17
その他	15,796	2.14	14,894	2.07	1,730	11.62

*退職者数には、退職手当金非該当者数も含む。

IX. よくある質問集

【被共済職員の加入要件について】

Q1 当法人では正規職員のみを共済制度に加入させることとしているが、それで良いのでしょうか？

A1 誤りです。非正規職員（臨時職員、パート職員等、呼称は様々かと思われます）についても、雇用期間と労働時間から判断し加入要件を満たす者については加入させる必要があります。今一度、被共済職員の加入要件をご確認ください。 <📖 15ページ参照>

Q2 これまで正規職員であったものが、事情により非正規職員（臨時職員、パート職員等、呼称は様々かと思われます）となった場合は加入要件を満たさなくなるのでしょうか？

A2 雇用契約内容が変わられた場合、変更後の雇用契約内容で雇用期間、労働時間を判断いただき、加入要件を満たすのであれば、引き続き加入要件を満たす者としてお取り扱いください。

なお、変更後の雇用契約内容が加入要件を満たす場合であっても、正規職員としての契約満了時点で退職手当金の請求を希望される場合は、その時点で退職の手続きをお取りいただき、変更契約後について、改めて新規加入としてお取り扱いいただくことは可能です。 <📖 17ページ参照>

Q3 被共済職員であった者が、定年退職となった後に再雇用契約（加入要件を満たす契約内容）を締結した場合はどのように手続きをとればよいのでしょうか？

A3 この場合、引き続き加入要件を満たす者とするか、定年退職時をもって退職金を請求し、改めて新規加入として取り扱うこととするかを対象職員とご相談のうえ、手続きをおすすめください。

なお、引き続き加入とする場合、特段の手続きは不要ですが、退職後再加入とする場合は、退職手当金請求書・被共済職員退職届及び被共済職員加入届をご提出ください。

<📖 17、169（Q14）ページ参照>

【部分解除について】

Q4 平成18年4月1日以降の加入者を解除したいのですが、どのような手続きをとればよいのでしょうか？

A4 約款様式第13号の2「退職手当共済契約部分解除通知書」を提出してください。その際、平成18年4月1日以降に加入した解除の対象となる職員から同意を取り、解除同意書を添付してください。また、直近の4月から解除日が含まれる月までの解除の対象となる職員の従業状況を従業状況報告書に記入し、併せて提出してください。

なお、部分解除の場合、対象となる職員に対しての退職手当金の支給はされません。また、これまで支払われた掛金についても賦課方式のため返還はできません。その点を十分踏まえた上で、手続きを取るようになってください。解除をご検討の際は、独立行政法人福祉医療機構 共済部退職共済課(TEL03-3438-0222)までご連絡ください。

Q5 当法人では特別養護老人ホームを運営しており、平成18年4月1日以降の採用職員も加入させていますが、平成25年度以降の採用職員からは加入させないことを考えています。そのようなことは可能でしょうか？

A5 部分解除の対象となるのは、平成18年4月1日以後に加入した職員が対象となりますので、平成25年度以後の採用職員に限った解除はできません。もし部分解除するのであれば、平成18年4月1日以降の採用職員全員が対象となります。解除をご検討の際は、独立行政法人福祉医療機構 共済部退職共済課(TEL03-3438-0222)までご連絡ください。

Q6 特定介護保険施設等を運営していますが、平成18年4月1日以後に加入した職員の部分解除を考えています。しかしながら、継続異動職員については加入期間も長いので、その職員だけは制度に加入させ続けたいのですが、何とかならないのでしょうか？

A6 特定介護保険施設等における部分解除が制度改正により可能となりましたが、その範囲は「施設全体」あるいは「平成18年4月1日以降に加入した職員」に限定されています。異動してきた段階で、「継続異動」という呼称ではありますが、部分解除に関しましては新規加入職員と同様の扱いとなるため、同意解除の範囲から継続異動職員のみを除外することはできません。解除をご検討の際は、独立行政法人福祉医療機構 共済部退職共済課(TEL03-3438-0222)までご連絡ください。

【職員の異動について】

Q7 非加入届を提出している特定介護保険施設等を運営していますが、平成25年度に特養を新設する場合、職員の異動はどうなりますか？

A7 まず、制度改正後に施設・事業を開始した特定介護保険施設等は制度に加入するか否かは共済契約者の判断となります。よって新設の特養を特定介護保険施設等として申し出る場合は、「施設等新設届・申出書」により申し出を行い、既加入職員及び新規採用職員等加入要件を満たす職員すべてが加入することとなります。申し出ない場合は、既加入職員は配置換日をもって制度上の退職、又は契約対象外施設へ異動手続きを取ることにとなります。 <📖19ページ参照>

**Q8 非加入届を提出している特定介護保険施設等において平成18年4月1日以後に採用した職員が、将来、社会福祉施設等へ配置換になった場合、加入しなければならないのでしょうか？
また、その職員が社会福祉施設等から再び特定介護保険施設等へ配置換になった場合はどうなるのでしょうか？**

A8 社会福祉施設等に該当する施設・事業に従事する職員は加入しなければなりません。よって、非加入届を提出している特定介護保険施設等からの配置換職員であっても加入しなければなりません。

また、その職員が再び特定介護保険施設等へ配置換になった場合は、加入することはできず、制度上の退職、若しくは契約対象外施設への異動の手続きを取ることになります。

<📖19ページ参照>

Q9 制度改正前まで社会福祉施設等に在籍し、制度改正後に申出施設等に配置換になりました。その後、特定介護保険施設等へ配置換になった場合、公的助成の対象になるのでしょうか？

A9 平成18年3月31日までに加入している職員なので、同一法人内の配置換であれば公的助成の対象となります。<📖11ページ参照>

【単位掛金額について】

Q10 共済掛金を被共済職員に負担してもらうことは可能でしょうか？

A10 掛金を被共済職員に負担させることはできません。

掛金は、共済契約者が全額負担すべきものである旨、共済法及び厚生事務次官通知に明記されております。 <📖11ページ参照>

【掛金の会計処理について】

Q11 福祉医療機構の退職共済掛金は退職給付引当金に計上するのでしょうか？

A11 福祉医療機構（以下、機構）の退職共済掛金は、退職給付引当金の対象とはなりません。退職手当という名称で「当該法人が」将来退職する職員に支給すべき労働債務については、当該事業年度に負担すべき額を退職給付引当金繰入として費用計上し、その残高を賃借対照表に退職給付引当金として負債計上することとされています。

機構の退職手当共済制度は、退職手当として支給すべき金額を加入者の間で共済する制度で、退職者には同制度から「直接」退職手当給付金が支給されます。

したがって、退職者に支給する退職手当のうち、退職手当共済制度から支給される分については、法人の労働債務にはならないことから、機構の退職共済掛金は、退職給付引当金の計上対象とはなりません。

【合算申出について】

Q12 合算申出をする職員を採用した場合、共済契約者の掛金負担についてはどうなるのでしょうか？

A12 社会福祉施設等で加入した場合は3分の1、特定介護保険施設等及び申出施設等で加入した場合は3分の3負担になります。ただし、非加入届を提出している特定介護保険施設等には加入できませんのでご注意ください。〈[Q28](#)、40ページ参照〉

Q13 退職手当金の請求は、5年が時効と聞きましたが、合算申出の期限である2年との関係を教えてください。

A13 退職手当金を受け取る権利は、退職した日の翌日から起算して5年以内となっています。合算申出は、退職手当金を請求せずに退職し、退職日から起算して2年以内に再加入した場合に前後の期間を合算できるというものです。合算申出したにもかかわらず、退職してから2年を経過した場合には、合算の手続きが取れなくなります。

なお、その場合は退職した日の翌日から起算して5年以内に退職手当金の請求をすることとなります。〈[Q28](#)、40ページ参照〉

【高齢者雇用安定法の改正に伴う共済制度上の被共済職員の取扱いについて】

Q14 当法人では定年は60歳となっており、その後、65歳まで継続雇用できるかたちを取っています。ただし、定年退職後の雇用形態は非常勤職員となるため、本俸がかなり下がることとなります。この場合、定年退職時に一度退職手当金の請求はできますか？

A14 就業規則上、定年が60歳であれば、その時点で退職手当金を請求することはできます。

なお、当該職員が再雇用後は非常勤職員であっても、加入要件を満たす場合は、当該職員を加入させなければなりません。

また、退職手当金を請求せずに引き続き加入し続けることも出来ます。退職手当金を請求するか否かは共済契約者と職員でよくご相談ください。〈[Q15](#)、166（Q3）ページ参照〉

【その他】

Q15 現在、個人立の保育所を開設し共済契約を締結していますが、いずれ経営者の交代（代替わり）を予定しています。この場合、何か手続きが必要でしょうか？

A15 平成13年度の制度改正以降、共済契約の締結は、社会福祉施設等又は特定介護保険施設等を経営している社会福祉法人に限られています。今回の場合、個人経営者の交代（代替わり）が生じた時点で、新しい個人経営者のかたと共済契約の締結をすることができません。よって、交代前の経営者より「社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届」を提出いただくこととなります。このような事例に該当される共済契約者がいらっしゃいましたら共済部退職共済課までご連絡ください。

Q16 現在、社団法人として共済契約の締結をしているが、平成20年12月からの公益法人制度改革によって共済契約が解除されてしまうのでしょうか？

A16 公益法人制度改革により、社団法人は一般社団法人、公益社団法人に、財団法人は一般財団法人、公益財団法人になりますが、合併等を伴わず、現状の組織状態のまま移行された場合は引き続き共済契約を締結していただくことができます。（但し、移行後に「共済契約者氏名等変更届」を提出いただく必要があります。）公益法人制度改革に伴って、上記の変更以外の組織変更があり、社会福祉法人以外の組織に変更になった場合は、共済契約が解除されます。

< 62、126ページ参照 >

【育児休業等の取扱いについて】

Q17 育児休業を取っている者が育児休業終了と同時に退職する予定です。その間給料は支給していませんのですが、本俸月額を育児休業を取得する前の過去6か月間の俸給額を記入すればよいのでしょうか？また、この職員が、退職ではなく、別法人へ継続異動を希望する場合、継続異動自体は可能でしょうか？

A17 育児休業期間を含めて過去6か月の俸給額を記入してください。その場合、実際には支給されていなくても、格付けされた俸給額を記入してください。また、当該ケースにおける継続異動についてですが、異動先の法人において加入要件を満たす場合は可能です。ただし、異動先が「非加入届」を提出している施設等の場合は、継続異動自体ができませんので、異動元の法人において退職の手続きをお取りいただくこととなります。 < 23、51ページ参照 >

Q18 在籍は1年なのですが、途中から育児休業を取って退職した職員がいます。退職手当金は請求することができるのでしょうか？

A18 育児休業は2分の1の期間を被共済職員期間に含めますが、残りの2分の1はならない月の扱いとなります。よって、この方の場合、被共済職員期間が12か月に満たないので、退職手当金を請求することはできません。 < 25ページ参照 >

Q19 当法人では、就業規則上で2歳までの育児休業を認めています。機構での取扱いはどうなりますか？

A19 共済制度上では、1歳の誕生日の前日までとなります。ただし、一定の場合においては、1歳6か月に達する日までとなり、パパママ育休プラスにより育児休業を取得した場合は、1歳2か月までとなります。これを超えた場合は、業務に従事した日数が10日以下の月に該当します。 < 25、26ページ参照 >

Q20 現在常勤職員で、平成25年4月から非常勤職員になる者がいるので、一度退職扱いにして、退職届・請求書を提出しようと思うのですが、平成25年2月に育児休業から復帰します。退職した月以前6か月の本俸月額はどのように書けばいいのでしょうか？

A20 4月からの雇用形態が加入要件を満たしていれば、継続加入できますが、常勤（正規）職員の退職辞令が発令され、新たに非常勤職員として雇用契約を締結していれば、一旦退職扱いとして再加入することはできません。

退職届の退職前の6か月の本俸月額は、平成25年3月から遡った6か月となります。育児休業期間は無給であっても6か月本俸に含めますので、格付けされた本俸月額を記入してください。また、育児休業期間については、平成24年度掛金納付対象職員届で報告していない場合は、退職届で報告してください。

なお、育児休業期間は、退職手当金の計算をする際には月数の2分の1が被共済職員期間に算入されます。＜☞23、25、51ページ参照＞

Q21 6週間の産前休業は業務に従事した日とみなす日ということですが、当法人では、産前休業を8週間まで認めています。差の2週間は業務に従事した日とみなすことはできますか？

A21 共済制度では、産前休業は出産予定日前6週間（多胎妊娠の場合は14週間）及び出産後8週間が業務に従事した日とみなす日になりますので、それを超えた日数は業務に従事しなかった日となります。＜☞24ページ参照＞

【業務上の傷病による療養のための休業期間について】

Q22 病気休暇を取りましたが、業務上の傷病による療養のための休業期間に該当しますか？

A22 共済制度で認めている「業務上の傷病による療養のための休業期間」に相当するのは、原則として労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）に基づく労働者災害補償保険の療養補償給付又は療養給付の適用の認定を受けた休業期間としておりますが、共済契約者において就業規則等に基づき、休業の原因が業務上の傷病によるものと認め、かつ、当該職員について休業期間中の給与がその所属する共済契約対象施設等の契約者から支給されている療養のための休業期間についても認めることとしています。

よって、私傷病による病気休暇は、「業務上の傷病による療養のための休業期間」には該当しません。

なお、業務上の傷病による療養のための休業期間をご報告いただく際は、現認証明書の添付が必要となります。

【遺族・相続人請求について】

Q23 職員が在職中に死亡しました。この場合は、遺族請求になるのでしょうか？それとも相続人請求になるのでしょうか？

A23 被共済職員の退職が死亡によるものであることから遺族請求になります。

なお、退職後、退職手当金を受け取る前に死亡した場合は、相続人請求となります。遺族請求と相続人請求とでは、受給権者の順位が異なりますのでご注意ください。 <📖52、53 ページ参照>

【退職所得の源泉徴収票について】

Q24 退職手当金の支給後に、退職者あてに送付される退職所得の源泉徴収票に記載されている退職所得控除額とは何でしょうか？

A24 退職所得控除額は、退職手当金に対して課税される税金を計算する際に用います。

退職手当金が退職所得控除額を上回る場合には、税金の計算を行って源泉徴収したうえで、差引金額を支給します。逆に、退職手当金が退職所得控除額を下回る場合には、課税はされません。

なお、退職所得控除額の金額は、制度に加入してから退職するまでの勤続年数に応じて決まります。

Q25 退職手当金の支給後に、退職者あてに送付される退職所得の源泉徴収票の摘要に記載されている受取済退職金額とは何でしょうか？

A25 受取済退職金額とは、福祉医療機構以外から受け取った課税対象となる退職手当金です。

複数のところから退職手当金を受け取られる場合には、最後に退職手当金を支払う者が、その前に受け取り済みの退職手当金も合計して税金計算を行うことになっていますので、受取済退職金額を源泉徴収票の摘要に記載しています。

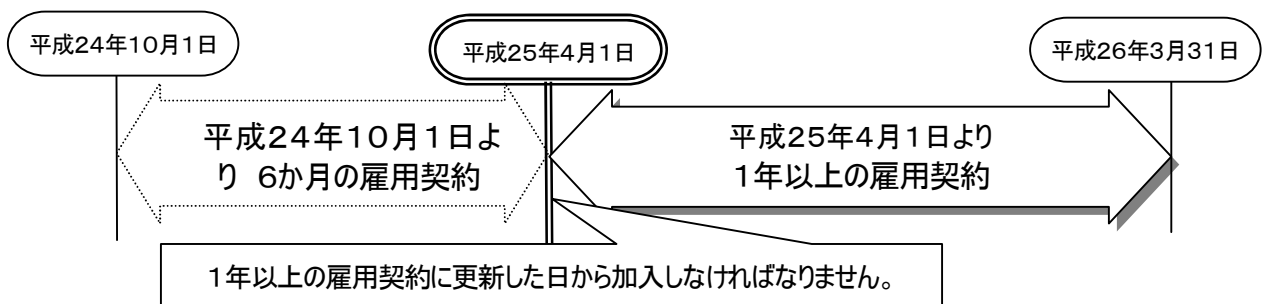
X. 加入要件に関わる事例集

事例1 年度途中で採用されたために、1年未満の雇用期間を定めて使用された職員がいます。翌年度に1年間の雇用期間を定めて契約を更新した場合は、いつの時点で加入となりますか？（労働時間は正規職員の3分の2を超えています。）

（回答）

1年間の雇用期間を定めて契約を更新した時点での加入となります。

下図のようなケースで言えば、平成25年4月1日付の加入となります。

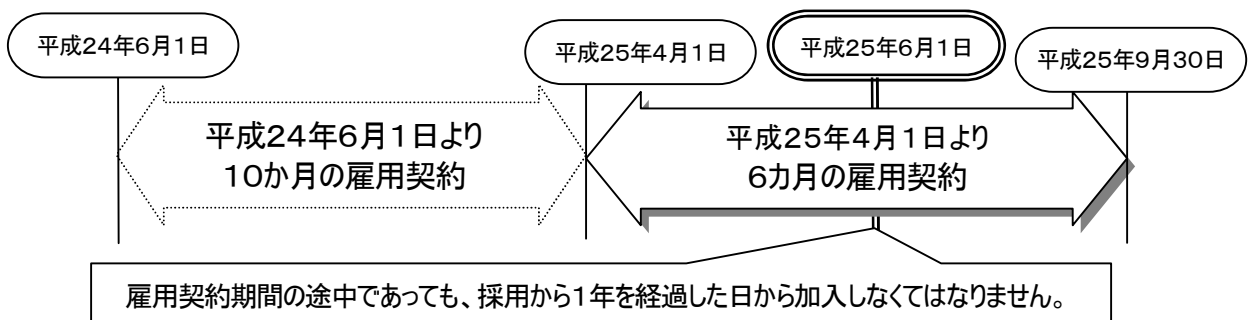


事例2 年度途中で採用されたために、1年未満の雇用期間を定めて使用され、さらに翌年度の更新でも1年未満の雇用契約を結んだ職員がいます。いつの時点で加入となりますか？（労働時間は正規職員の3分の2を超えています。）

（回答）

採用した日から1年を経過した日が加入日となります。

下図のようなケースで言えば、平成25年6月1日付の加入となります。



事例3 1年以上の雇用契約を定めて使用される職員の労働時間が以下のように曜日ごとに異なる労働契約を結んだ非常勤職員の労働時間はどのように算出するのでしょうか？

- ① 月・水・金曜日 …… 6時間勤務
- ② 火・木曜日 …… 3時間30分勤務
- ③ 隔週で土曜日 …… 4時間

(回答)

上記の①、②、③を合計し、1週間の総労働時間を算出し、その時間数で加入要件を満たしているかを確認します。具体的には、以下のとおりです。

①6時間×週3日＝18時間

②3.5時間×週2日＝7時間

③4時間÷2（隔週のため）＝2時間

18時間＋7時間＋2時間＝27時間(よって、1週間の労働時間は27時間)

正規職員の労働時間が週40時間であれば、40時間の2/3である約26.66時間を上回るため、加入要件を満たしていることになります。

事例4 届出をしていない施設・事業に被共済職員を配置換えした場合でも、掛金を納めていれば引き続き加入職員とすることができるのでしょうか？

(回答)

配置換え先の施設・事業を機構に届出していない場合には、異動日の前日をもって制度上の退職となりますので、制度に加入し続けることはできません。

ただし、引き続き1年以上被共済職員である者が届出をしていない施設・事業に配置換えとなった場合には、退職の手続きの他に、「共済契約対象（外）施設等異動届」の手続き（[30](#)、[64](#)、[118](#)ページ参照）を選ぶことができます。

事例5 当法人では、正規職員、非正規職員に関係なく試用期間を設けていますが、試用期間中も退職共済制度に加入できますか？

(回答)

加入要件については、試用期間にかかわらず、雇用形態や労働時間によって判断することになっておりますので、試用期間中であっても加入要件を満たしていれば、加入しなければなりません。

事例6 平成18年度以前から特定介護保険施設等を退職共済制度に加入させているが、部分解除の手続きを取り、平成18年4月1日以降に加入した職員のみを解除しました。
この場合、解除に同意した職員は、どのような状況なら再び加入することができますか？

(回答)

解除に同意した職員であっても、解除していない契約対象施設・事業への配置換え、又は他の法人の契約対象施設で採用された場合には、被共済職員となることができます。

M E M O

XI. 業務委託先窓口一覧（都道府県社会福祉協議会等）

	名称・担当部署・事務局	〒	所在地	TEL	FAX
1	(社) 北海道民間社会福祉事業職員共済会	060-0002	札幌市中央区北2条西7 道立道民活動センター4F	011-251-3828	011-251-3848
2	(福) 青森県社協／総務企画課 経理・共済係	030-0822	青森市中央3-20-30 県民福祉プラザ2F	017-723-1391	017-723-1394
3	(福) 岩手県社協／総務部	020-0831	盛岡市三本柳8-1-3 ふれあいランド岩手内	019-637-4466	019-637-4255
4	(社) 宮城県民間社会福祉振興会	980-0014	仙台市青葉区本町2丁目9-8 日宝本町ビル2F	022-227-5535	022-227-5151
5	(福) 秋田県社協／総務企画部	010-0922	秋田市旭北栄町1-5 県社会福祉会館内	018-864-2711	018-864-2701
6	(社) 山形県民間社会福祉事業振興会	990-0021	山形市小白川町2-3-31 県総合社会福祉センター内	023-642-2155	023-642-1493
7	(福) 福島県社協／総務企画課	960-8141	福島市渡利字七社宮111 県総合社会福祉センター内	024-523-1251	024-523-4477
8	(福) 茨城県社協／福祉事業部	310-8586	水戸市千波町1918 県総合福祉会館内	029-241-1133	029-241-1434
9	(財) 栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済財団	320-8508	宇都宮市若草一丁目10番6号 とちぎ福祉プラザ3F	028-621-3445	028-621-3440
10	(福) 群馬県社協／施設福祉課	371-8525	前橋市新前橋町13-12 県社会福祉総合センター4F	027-255-6034	027-255-6173
11	(福) 埼玉県社協／施設業務課	330-8529	さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ3F	048-822-1191	048-822-3078
12	(福) 千葉県社協／福祉サービス事業部	260-8508	千葉市中央区千葉港4-3 県社会福祉センター5F	043-245-1104	043-245-9040
13	(福) 東京都社協／福祉振興部	101-0062	千代田区神田駿河台1-8-11 東京YWCA会館3F	03-5283-6898	03-5283-6997
14	(福) 神奈川県社協／福祉サービス推進部 社会福祉施設・団体担当	221-0844	横浜市神奈川区沢渡4-2 県社会福祉会館内	045-311-1424	045-313-0737
15	(福) 新潟県社協／総務企画課	950-8575	新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3F	025-281-5520	025-281-5528
16	(福) 富山県社協／福祉サービス支援課	930-0094	富山市安住町5-21 サンシップとやま内	076-432-2959	076-432-6146
17	(福) 石川県社協／総務管理課	920-8557	金沢市本多町3-1-10 県社会福祉会館内	076-224-1212	076-222-8900
18	(福) 福井県社協／福祉サービス支援課	910-8516	福井市光陽2-3-22	0776-24-2347	0776-24-8942
19	(福) 山梨県社協／福祉振興課	400-0005	甲府市北新1-2-12 県福祉プラザ4F	055-254-8610	055-254-8614
20	(福) 長野県社協／総務企画部 共済事業グループ	380-0928	長野市若里7丁目1-7	026-226-4126	026-228-0130
21	(財) 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会	500-8385	岐阜市下奈良2-2-1 県福祉会館内	058-273-1111	058-275-5508
22	(福) 静岡県社協／福祉事業部	420-8670	静岡市葵区駿府町1-70 県総合社会福祉会館内	054-254-5231	054-251-7508
23	(福) 愛知県社協／施設福祉部	460-0002	名古屋市中区丸の内2-4-7 県社会福祉会館内	052-232-1184	052-232-2050
24	(財) 三重県社会福祉事業職員共済会	514-0003	津市桜橋2-131 県社会福祉会館内	059-226-1130	059-221-0044
25	(財) 滋賀県民間社会福祉事業職員共済会	520-0044	大津市京町四丁目3-28 厚生会館1F	077-524-0261	077-524-0441
26	(財) 京都府民間社会福祉施設職員共済会	604-0874	京都市中京区竹屋町通烏丸東入る ハートピア京都2F	075-252-5888	075-252-5881
27	(財) 大阪府民間社会福祉事業従事者共済会	542-0012	大阪市中央区谷町7-4-15 府社会福祉会館内	06-6761-4444	06-6763-4444
28	(福) 兵庫県社協／福祉事業部	651-0062	神戸市中央区坂口通2-1-1 県福祉センター内	078-242-4635	078-271-3882
29	(福) 奈良県社協／施設福祉課	634-0061	橿原市大久保町320-11 県社会福祉総合センター内	0744-29-0100	0744-29-0108
30	(福) 和歌山県社協／総務企画部	640-8545	和歌山市手平2-1-2 県民交流プラザ和歌山ビック愛内	073-435-5222	073-435-5226
31	(福) 鳥取県社協／総務部	689-0201	鳥取市伏野1729-5 鳥取県立福祉人材研修センター	0857-59-6331	0857-59-6340
32	(福) 島根県社協／総務部	690-0011	松江市東津田町1741-3 いきいきプラザ島根	0852-32-5970	0852-32-5973
33	(福) 岡山県社協／福祉経営支援部	700-0807	岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ内	086-226-2827	086-227-3566
34	(福) 広島県社協／総務企画課	732-0816	広島市南区比治山本町12-2 県社会福祉会館内	082-254-3423	082-252-2133
35	(福) 山口県社協／総務企画部	753-0072	山口市大手町9-6 ゆーあいプラザ県社会福祉会館内	083-924-2777	083-924-2792
36	(財) 徳島県民間福祉施設職員共済会	770-0943	徳島市中昭和町1-2 県立総合福祉センター内	088-622-9199	088-622-9287
37	(福) 香川県社協／施設福祉課	760-0017	高松市番町1-10-35 県社会福祉総合センター内	087-861-5611	087-861-2664
38	(福) 愛媛県社協／総務企画班	790-8553	松山市持田町3-8-15 県総合社会福祉会館内	089-921-8344	089-921-8939
39	(福) 高知県社協／総務・管理課	780-8567	高知市朝倉倉375-1 県立交流プラザ1F	088-844-9007	088-844-9411
40	(福) 福岡県社協／福祉施設部 施設課	816-0804	春日市原町3-1-7 クローバープラザ6F	092-584-3377	092-584-3369
41	(福) 佐賀県社協／施設人材課	840-0021	佐賀市鬼丸町7-18 県社会福祉会館内	0952-23-4248	0952-28-4950
42	(福) 長崎県社協／総務課	852-8555	長崎市茂里町3-24 県総合福祉センター内	095-846-8600	095-844-5948
43	(福) 熊本県社協／総務課	860-0842	熊本市南千反畑町3-7 県総合福祉センター内	096-324-5454	096-355-5440
44	(福) 大分県社協／総務企画課	870-0907	大分市大津町2-1-41 大分県総合社会福祉会館内	097-558-0300	097-558-1635
45	(福) 宮崎県社協／総務企画課	880-8515	宮崎市原町2-22 福祉総合センター内	0985-22-3145	0985-27-9003
46	(福) 鹿児島県社協／福祉人材・研修センター	890-8517	鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター内	099-256-6767	099-250-9363
47	(財) 沖縄県社会福祉事業共済会	903-0804	那覇市首里石嶺町4-373-1 沖縄県総合福祉センター内	098-885-2821	098-885-2822

