



\* 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』を機構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  
福祉医療機構理事長様

機構受付日付印

◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構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。  
 ◎ 届出区分「1」の場合は、

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	社会福祉法人 虎ノ門福祉												
	130△0X		主たる事務所の所在地	郵便番号	05-8486	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									

掛金納付対象職員届で確認してください。

10	職員番号	14	カナ	サイマ サクラ	34	75	生	年	月	日	81
	00014		漢字	埼玉 さくら			1	明治			
							2	大正			
							3	昭和	5	0	5
								平成		1	3

1	施設番号	勤務していた施設又は事業											
	001	名称	虎ノ門保育園					種類	保育所				
		施設番号	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）										
		名称	虎ノ門学童クラブ					種類	放課後児童健全育成				

1. 共済契約対象外施設等異動の場合（異動区分「1」に○をつけた場合は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（現認証明書等の添付が必要）									
27	月名	218	計	254						87	88	89	90	91	92				
	4月	01	か月							00	5	3	1	日					

2. 異動した月以前の（ただし、①退職日が月末でない月及び、②

異動月の出勤日数										年	月	日	俸給表		
										(平成)	(年)	(月)			

育児休業の申請があったもの

255	1 新規	出産日	234	年	月	日	239	59	98	104	106	111
		育児休業開始日	241	年	月	日	246	00	5	20	20	00
		育児休業終了日	248	年	月	日	253	00	3	19	50	00
257	2 変更	出産日	259	年	月	日	262	154	155	161	163	168
		育児休業開始日	264	年	月	日	269	00	1	19	50	00
		育児休業終了日	271	年	月	日	276	00	1	2	19	50

3. 再取得

パパ・ママ育児プラス	有・無	00	2	19	50	00	0	0	0	0
半年延長の理由(※)	1・2	00	2	19	50	00	0	0	0	0

4. 再取得

パパ・ママ育児プラス	有・無	00	1	1	19	50	00	0	0	0
半年延長の理由(※)	1・2	00	1	1	19	50	00	0	0	0

5. 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	93	94	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	年	月	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

- 53 -

\* 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、被共済職員としての在籍期間が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26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31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31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。

\* 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）（ 3 / 3 ） \*

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。

\* 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 / 2）\*



『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」に〇を付けてください。

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。

〇年 8 月 15 日  
医療機構理事長 様

共済契約対象外施設等へ異動した  
共済契約対象施設等へ復帰したの  
該当する届出区分に〇を付けてください。

4 共済契約者番号 9  
130△0X  
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 社会福祉法人 虎門福祉会  
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 03-3738-0222

10 職員番号 14  
00015  
被共済職員氏名  
カナ 15 花ノ ヒトシ 34 75 生 年 月 日 81  
漢字 長野 英俊 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 4 7 7 1

1 施設番号 81  
005  
名称 サービス付き高齢者向け住宅 愛宕荘 種類 高齢老人施設・事業  
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

1. 共済契約対象外施設等異動の場合（異動区分「1」に〇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）  
業務上の傷病による休業期間（現認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  
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  
(平成) (年) (月)

<別掲> 俸給の調整額  
手当名 (円)

255 1 新規 出産日 224 年 月 229 日 97 98 104 106 111  
育児休業開始日 241 年 月 246 日 113 116 117 123 125 130  
2 変更 育児休業終了日 248 年 月 253 日 132 135 136 142 144 149  
3 再取得 有・無 1・2  
半年延長の理由(※) 1・2

257 1 新規 出産日 259 年 月 262 日 151 154 155 161 163 168  
育児休業開始日 264 年 月 269 日 170 173 174 180 182 187  
2 変更 育児休業終了日 271 年 月 276 日 189 192 193 199 201 206  
3 再取得 有・無 1・2  
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」に〇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。  
3 復帰時の本俸月額  
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 〇〇年〇5月〇1日  
共済契約対象施設等復帰年月日 〇〇年〇8月〇1日  
介護職員 04  
195000  
0

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〇で囲んでください。  
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（復帰の場合）（2 / 2）\*

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・院長等	医師	05	医師等	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・保健師等	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等
						介助員	11	介助員等
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等	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・言語機能訓練担当員等	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等
						介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	その他	14	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・技士等）

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。

以下、< 55ページ > 共済契約者対象（外）施設等異動届の記載上の留意点（異動の場合）（3 / 3）

③の異動した月以前6か月の本俸月額のア～エをご参照ください。



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。