

## Ⅱ. 退職手当共済制度における必要な手続き

### 1 退職手当共済制度における必要な手続き

社会福祉施設職員等退職手当共済契約を締結した後は、社会福祉施設職員等退職手当共済約款（以下、「共済約款」といいます。）に基づき、共済契約者は機構に対し必要な届出を行う必要があります。

届出は、共済約款に様式が定められていますので、その様式を使い行ってください。また、一部の届出については電子届出システムからも届出または作成することができます。<📖 98～121ページ参照>

届出様式については、送付している様式集をご利用いただく他、常に最新の様式が掲載されている機構ホームページからもダウンロードできます。

### 2 よくある手続き

毎年度4月1日の在籍職員及びその従業状況を報告する

電子届出システムで  
作成・提出できます！

毎事業年度、4月1日において使用する被共済職員について、『掛金納付対象職員届(掛金届)』(様式第2号)を4月末日までに提出していただくことが必要です。「掛金届」は、全ての共済契約者が提出する必要があります。(参考:共済法施行規則第14条 約款第18条)

#### 【手続きの流れ】

毎事業年度3月末に掛金届提出のご依頼文書をお送りします。電子届出システムを利用している方と利用していない方では手続きが異なりますのでご注意ください。

#### ○電子届出システムを利用している方

電子届出システムをご利用の方は、電子届出システム上で作成、提出が可能です。作成にあたってはナビゲーション機能やエラーチェック機能が搭載されていますので、安心してご利用いただけます。

なお、3月末日より電子届出システムを利用し、掛金届の作成はできますが、4月1日以降でないと提出はできません。作成等の詳細につきましては<📖105～107ページ参照>

#### ○電子届出システムを利用していない方

依頼文書とともにお送りしている紙の掛金届において、必要事項を記入し、専用封筒をご利用いただきご返信ください。なお、必ずお手元にコピー等をして保管してください。

## 掛金を納付する

毎事業年度、4月1日において使用する被共済職員についてご報告いただく掛金届に記載した職員数に応じて、5月末日までに掛金を納付していただきます。(参考:共済法第15～16条、共済法施行令第6条、共済法施行規則第9～11条、約款第6～12条)

### 【手続きの流れ】

ご報告いただく掛金届に記載されている職員数に応じ掛金を計算し、機構が指定する口座にお振り込みください。電子届出システムをご利用の場合は、掛金が自動計算される機能があるので便利です。お振り込みに係る費用について貴法人の負担となりますのでご了承ください。

なお、期日までに掛金が納付されない場合は、納付されるまでの間割増金が発生する他、納付期限から2か月を経過しても納付がない場合は共済契約の解除となりますのでご注意ください。

災害その他やむを得ない理由により納付期限までに納付することができない場合はご相談ください。

手続きの詳細につきましては< 40ページ参照 >

## 職員を採用したとき

電子届出システムで  
作成・提出できます!

職員を採用し、その職員が加入要件< 14～16ページ参照 >を満たしている場合は、新規加入の手続きをおとりいただきます。

なお、その職員が以前より被共済職員であり、退職手当金を請求していない場合は、「継続異動」または「合算制度」により被共済職員期間を引き継ぐことが可能ですので、必ずご確認ください。

### 【新規加入の手続きの流れ】

加入時期により、お手続きが異なります。加入した際は速やかにお届けください。

(1)4月1日に採用した職員の方の加入手続き

☞掛金届においてお手続き下さい

(2)4月1日以外に採用した職員の方の加入手続き

☞「被共済職員加入届(加入届)」(様式第6号)においてお手続きください。

※4月1日以外に採用した職員は、当該年度の掛金を納付する必要はありません

手続きの詳細につきましては< 掛金届 48～51ページ参照 > < 加入届 53～54ページ参照 >

### 【継続異動の手続きの流れ】

異動元の共済契約者が作成された「共済契約者間継続異動届」(約款様式第8号)に該当部分を記入し、機構にご提出ください。

手続きの詳細につきましては< 55～58ページ参照 >

### 【合算制度の手続きの流れ】

新規加入の手続きと同じになりますが、異動理由を記入する際、必ず「合算申出増」を選択のうえ、ご提出ください。

手続きの詳細につきましては< 48～51ページ及び53～54ページ参照 >

職員が退職する

電子届出システムで  
作成できます!

職員が退職した場合、または加入要件を満たさなくなった場合は、以下のいずれかの手続きをとることができます。

- (1) 退職手当金の請求(ただし、在籍期間または被共済職員期間が1年未満の場合は除きます)
- (2) 合算制度の利用(利用条件は< ㊦32～34ページ参照 >)
- (3) 継続異動の利用(利用条件は< ㊦33～34ページ参照 >)

【退職手当金請求の手続きの流れ】

「被共済職員退職届、退職手当金請求書・合算申出書」(約款様式第7号、7号の2)をご作成のうえ、施設が所在する都道府県の業務委託先に提出してください。

なお、電子届出システムでは退職届部分の作成が可能です。

手続きの詳細につきましては< ㊦76～97ページ及び116～121ページ参照 >

【合算制度の手続きの流れ】

「退職手当金請求書・合算申出書」の「合算制度を利用します」欄をチェックし、合算を申し出る旨をご報告ください。

手続きの詳細につきましては< ㊦80ページ参照 >

【継続異動の手続きの流れ】

「共済契約者間継続異動届」(様式第8号)を作成し、異動先の共済契約者にお渡しください。

手続きの詳細につきましては< ㊦55～58ページ参照 >

共済契約者・施設・事業の情報を変更したとき

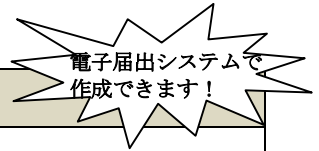
共済契約者または施設・事業の名称や住所を変更する際には、『共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申請書』(様式第10号)をご提出いただきます。

【手続きの流れ】

『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)を作成のうえ、機構にご提出してください。なお、共済契約者の名称・住所を変更した場合には、法人登記簿謄本(履歴事項全部証明書)の写しを必ず添付してください。

なお、代表者の変更に係る手続きについては必要ありません。

手続きの詳細につきましては< ㊦64～65ページ参照 >



新しい施設・事業を開始したとき

新しく施設・事業を開始したときは、『施設等新設届・申出書』(様式第1号)により加入手続きを行ってください。

なお、社会福祉施設等< 43～5ページ参照 >を開始した場合は「施設等新設届・申出書」の提出は必須ですが、特定介護保険施設等< 43～5ページ参照 >、申出施設< 43～5ページ参照 >の場合は任意となります。また、任意加入した特定介護保険施設等、申出施設において加入要件を満たす職員はすべて加入させなければなりません。

【手続きの流れ】

『施設等新設届・申出書』(様式第1号)を作成のうえ、施設・事業の認可書を添付していただき、機構にご提出下さい。

手続きの詳細につきましては< 42～47ページ参照 >

3 その他の手続き

よくある手続きを含め、すべての手続きについては、以下のとおりとなります。

【職員に関すること】

| 届出が必要なとき                            | 手続き・必要な届出書類   | 提出先   |
|-------------------------------------|---|-------|
| 4月1日現在の被共済職員の在籍状況及び従業状況を報告する        | 掛金納付対象職員届にてご報告ください。<br>< 48～51ページ参照 >                                   | 機構    |
| 職員を新規に採用した                          | 被共済職員加入届にてご報告ください。<br>< 53～54ページ参照 >                                    | 機構    |
| 職員が退職した<br>(職員が加入要件を満たさなくなった)       | (退職手当金を請求したい)<br>被共済職員退職届、退職手当金請求書・合算申出書にてご報告ください。<br>< 76～97ページ参照 >    | 業務委託先 |
|                                     | (合算制度を利用したい)<br>被共済職員退職届、退職手当金請求書・合算申出書にてご報告ください。<br>< 32ページ及び80ページ参照 > |       |
|                                     | (継続異動制度を利用したい)<br>共済契約者間継続職員異動届にてご報告ください。<br>< 33ページ及び55～58ページ参照 >      | 機構    |
| 職員が法人内の契約対象施設に異動した<br>(職員が配置換えとなった) | 変更のあった翌年度の掛金納付対象職員届にてご報告ください。<br>< 48～51ページ参照 >                         | 機構    |

| 届出が必要なとき               | 手続き・必要な届出書類                                 | 提出先 |
|------------------------|---|-----|
| 職員が法人内の契約対象外施設に異動した    | 共済契約対象(外)施設等異動届にてご報告ください<br>< 〓59～61ページ参照 > | 機構  |
| 職員が法人内の契約対象外施設から異動してきた | 共済契約対象(外)施設等異動届にてご報告ください<br>< 〓62～63ページ参照 > | 機構  |
| 職員の氏名が変わった             | 変更のあった翌年度の掛金納付対象職員届にてご報告ください。               | 機構  |
| 職員が育児休業を取得した           | 取得した翌年度の掛金納付対象職員届にてご報告ください。                 | 機構  |

【共済契約者に関すること】

| 届出が必要なとき   | 手続き・必要な届出書類   | 提出先 |
|--|---|-----|
| 社会福祉施設等を新設又は開始したとき<br>他の経営者から社会福祉施設等を移管されたとき<br>特定介護保険施設等又は申出施設等を加入施設として申出をするとき  | 施設等新設届・申出書にてご報告ください。<br>< 〓42～47ページ参照 >                   | 機構  |
| 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<br>法人を解散したとき<br>経営者が交替したとき<br>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  | 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にてご報告ください。<br>< 〓52ページ参照 > | 機構  |
| 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  | 中小企業退職金共済契約締結届にてご報告ください。                                  | 機構  |
| 被共済職員全員の同意を得て、共済契約を解除するとき  | 退職手当共済契約解除通知書にてご報告ください。                                   | 機構  |
| 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<br>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(平成18年4月1日制度改正対象施設)に限る)<br>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にてご報告ください。                                 | 機構  |

| 届出が必要なとき  | 手続き・必要な届出書類  | 提出先 |
|---|--|-----|
| 平成28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(平成28年4月1日制度改正対象施設)に限る)   | 退職手当共済契約部分解除通知書にてご報告ください。                            | 機構  |
| 共済契約者の氏名、名称、住所が変わったとき<br>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<br>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にてご報告ください。<br>< 64～65ページ参照 > | 機構  |
| 共済契約対象施設等の一部を廃止又は休止したとき<br>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にてご報告ください。<br>< 66～67ページ参照 >          | 機構  |
| 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にてご報告ください。                              | 機構  |
| 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   | 社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届にてご報告ください。                    | 機構  |
| 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   | 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                     | 機構  |
| 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。) | 特定職員数の見込数変更届にてご報告ください。                               | 機構  |

# 主な届出書の記載例

## 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<br>(別紙)施設等新設届・申出書職員名簿           | 第4条の2<br>第4条の3                     | 42～47 |
| 第 2 号   | 掛金納付対象職員届                                  | 第18条第1項<br>第19条<br>第26条            | 48～51 |
| 第2号の2   | 特定職員数の見込数変更届                               | 第18条第3項                            | 掲載省略  |
| 第 3 号   | 掛金納付期限延長申請書                                | 第12条第2項                            | 掲載省略  |
| 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<br>第16条                       | 52    |
| 第 5 号   | 中小企業退職金共済契約締結届                             | 第17条                               | 掲載省略  |
| 第 6 号   | 被共済職員加入届                                   | 第20条                               | 53～54 |
| 第 7 号   | 被共済職員退職届                                   | 第19条<br>第21条第1項<br>第26条<br>第38条第1項 | 82～93 |
| 第7号の2   | 退職手当金請求書・合算申出書                             | 第26条、第35条<br>第8項、第38条              | 82～93 |
| 第 8 号   | 共済契約者間継続職員異動届                              | 第22条第1項                            | 55～58 |
| 第 9 号   | 共済契約対象(外)施設等異動届                            | 第22条の2第1項                          | 59～63 |
| 第9号の2   | 削除   | -                                  | -     |
| 第 1 0 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<br>第50条第1項                    | 64～65 |
| 第 1 1 号 | 削除   | -                                  | -     |
| 第 1 2 号 | 共済契約対象施設等一部廃止等届<br>(別紙)共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿 | 第25条                               | 66～67 |
| 第 1 3 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 1 4 号 | 削除   | -                                  | -     |
| 第 1 5 号 | 削除   | -                                  | -     |
| 第 1 6 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                              | 掲載省略  |
| 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                              | 掲載省略  |

## 約款参考様式

|   | 書式名  | ページ  |
|---|--|------|
| 1 | 現認証明書(業務上の負傷又は疾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) | 68   |
| 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)     | 掲載省略 |

※ 本資料には記載例のみを掲載しております。届出書の印刷は< 105 ページ参照 >

\*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00年4月10日  
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様

1 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

130△OX

掛金納付対象職員届で確認してください。

|            |                |          |                 |
|------------|----------------|----------|-----------------|
| 氏名又は名称     | 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 |

2 新設・申出年月日

00 4 1

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、施設・事業の許可、届出年月日以降の日を申出日とします。

3 施設番号 名称 種類 種類コード

10 12 70 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑 \*① \*②

16 特別養護老人ホーム

所在地 17 18 18  
 郵便番号 140 105-8486 148  
 東京都港区虎ノ門 4-3-13

4 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

|   |   |     |     |     |     |     |     |   |    |
|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|----|
| 有 | 無 | 327 | 331 | 332 | 336 | 337 | 341 | 4 | 12 |
| 有 | 無 | 60  | 23  | 42  | 26  | 4   | 12  |   |    |

当該施設等が共済契約を締結していたことの有無 \*③  
 有(解除年月日) 年 月 日 / 毎

5 被共済職員

|                                      |   |         |            |    |   |
|--------------------------------------|---|---------|------------|----|---|
| (1) 新規採用者(加入)                        | 9 | 人       | (2) 配置換職員  | 15 | 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 | 1  | 人 |
| (5) 合算申出職員                           | 1 | 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 26 人 |            |    |   |

6 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1以上の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。

8 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。

9 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
  - 「許可書」(写)又は「指定通知書」(写)
  - 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
  - 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

- 「法人の定款」(写)
- 「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.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

カードNo.

3

◎コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。  
 ◎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。  
 ◎下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

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、事業認可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、事業認可以降に申し出をする日（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。


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』（約款様式第8号）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（『退職手当金請求書・合算申出書』において合算申出の意思表示あり）

③ 退職後3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）

（※）H28.3.31 以前退職日の場合は、2年以内。

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。

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

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.

$$1/3 \leq \frac{00\text{万円(前年度の当該事業所における特定社会福祉事業に係る収入額)}}{1,000\text{万円} + 500\text{万円(前年度の当該事業所における収入額)}} < 2/3$$

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.

$$\begin{array}{l} 10\text{人} \\ \text{(被共済職員数)} \end{array} \times \frac{500\text{万円}}{1,500\text{万円}} = 3.3\cdots$$

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  
 収益事業等(不動産・賃貸業等) → 法人の定款等で確認できるもの
- (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』(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』(様式第4号)又は『共済契約対象施設等一部廃止等届』(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』

(別紙)施設等新設届・申出書職員名簿(事業の新設・申出日時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。)  
 記載上の留意点等を必ずご確認ください。  
 ・4月1日新設・申出の場合のみ記載してください。なお(被介護職員期間とならない月)の5ヵ月連続は、必ず前欄に「0」を記入してください。

| 職員番号 | 職員氏名  | 生年月日   | 職種の番号 | 職種の名称 | 前所属施設番号 | 前所属職番号 | 前所属職名 | 前所属職職種番号 | 前所属職職種名称 | 前所属職給与額 | 前所属職給与月額 | 新設届 |     | 出産日 |   | 開始年月日 | 終了年月日(予定日) | 半年延長の理由(※) | パパ・ママ育休プラス |   |
|------|-------|--------|-------|-------|---------|--------|-------|----------|----------|---------|----------|-----|-----|-----|---|-------|------------|------------|------------|---|
|      |       |        |       |       |         |        |       |          |          |         |          | 1新設 | 2変更 | 1   | 2 |       |            |            |            | 3 |
| 1    | 宮崎 晴彦 | 200505 | 01    | 施設長   |         |        |       |          |          | 358000  |          |     |     |     |   |       |            |            |            |   |
| 2    | 長野 英俊 | 351119 | 02    | 看護師   |         |        |       |          |          | 263800  | 7月       |     |     |     |   |       |            |            |            |   |
| 3    | 北海 弘泰 | 491231 | 03    | 事務員   |         |        |       |          |          | 200000  |          |     |     |     |   |       |            |            |            |   |
| 4    | 埼玉 優  | 600404 | 04    | 介護職員  |         |        |       |          |          | 215000  |          |     |     |     |   |       |            |            |            |   |

※ 半年延長の理由  
 (※) 半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の番号を○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り、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

| 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(保育・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) |

\*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、退職日から3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。)

(※)H28.3.31 以前退職日の場合は、2年以内。

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。

\*施設等新設届・申出書の記載上の留意点（6 / 6）\*

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。



【掛金納付対象職員届（約款様式第2号）】作成上の留意点

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。

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い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。

平成27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27年4月1日

更新中  
印刷日時：平成27年05月05日 20:00  
提出日時：平成27年05月05日 20:00

|  |                        |                              |
|--|------------------------|------------------------------|
| 共済契約者番号<br>600001                          | 施設番号<br>001            | 施設・事業廃止年月日                   |
| 施設又は事業の名称<br>虎ノ門保育園                        |                        | 種類<br>保育所                    |
| 施設の住所<br>〒105-8486<br>港区虎ノ門4-3-13 施設001所在地 |                        |                              |
| 区分<br>社会福祉施設等                              | *****                  | *****                        |
| 掛金納付対象職員数<br>A+B<br>2                      | 「単位掛金額」対象職員数<br>A<br>2 | 「単位掛金額×3」対象職員数<br>B<br>***** |
| 担当者名<br>北海道 花子                             | 電話番号<br>03-3438-0222   | FAX番号<br>03-3438-0926        |

| 職員番号   | 4月1日現在在籍者の氏名 | 生年月日       | 性別<br>男<br>女 | 職<br>種 | 異動内容   |                               |
|--------|--------------|------------|--------------|--------|--|-------------------------------|
|        |              |            |              |        | 理由<br>(該当する番号に○をつけてください。但し、異動のない職員については、両方を記載する必要はありません)   | 年月日<br>(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<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 | 平成27.02.28                    |
| ★00002 | 青森 亜紀        | 昭和36.03.27 | 女            | 事務員    | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 | 平成27.03.31                    |
| ★00003 | 大平 安江        | 昭和22.08.29 | 女            | 保育士    | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 | 平成27.04.29                    |
| 00009  | 新潟 太郎        | 昭和64.01.01 | 男            | 保育士    | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 |                               |
|        |              |            |              |        | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 |                               |
|        |              |            |              |        | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 |                               |
|        |              |            |              |        | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>10 合算申出減 |                               |
|        |              |            |              |        | 1 新規加入<br>2 退職<br>3 配置換増<br>4 配置換減<br>5 契約対象施設等復帰増<br>6 契約対象外施設等異動減<br>7 継続異動増<br>8 継続異動減<br>9 合算申出増<br>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。

\* 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、直接機構に送付してください。

### 戊 28 年度 寸 対象職員届

職員氏名変更届)  
届(4月1日付加入の者))  
等復帰届(4月1日付復帰の者))  
届(退職の者))

4 年 4 月 2 日  
現在在籍する掛金納付の状況は、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、ご記入願います。

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く(24~26ページ参照)

| 所属施設<br>氏名<br>職階<br>年齢<br>性別 | 4月1日の本俸月額 |         | 3月までの<br>在籍期間<br>有効期間   | 業務従事日数が10日<br>以下の月(被共済職<br>員期間とならない月) | 業務上の傷病に<br>よる休業期間<br>(現認別冊を添付<br>してください。) | 新規<br>変更<br>再取<br>得 | 出産日         | 開始年月日       | 終了年月日<br>(予定日) |
|------------------------------|-----------|---------|-------------------------|---------------------------------------|---|---------------------|-------------|-------------|----------------|
|                              | 俸給表の額     | 俸給の調整額  |                         |                                       |   |                     |             |             |                |
| 機構保育園<br>702                 | 円 180,000 | 円 0     | 年 月 日<br>29 00<br>27 07 | か月 0                                  |   |                     |             |             |                |
|                              | 円 200,000 | 円 0     | 年 月 日<br>21 05<br>20 09 | か月 0                                  |   | 新規                  | 平成 24.09.07 | 平成 24.11.03 | 平成 25.08.31    |
|                              | 円 0       | 円 0     | 年 月 日                   | 11 か月 1                               | 5/2~<br>5/31                              |                     |             |             |                |
| 機構保育園<br>999999              | 円 270,000 | 円 3,500 | 年 月 日                   | か月 0                                  |   |                     |             |             |                |
|                              | 円         | 円       | 年 月 日                   | か月                                    |   |                     |             |             |                |
|                              | 円         | 円       | 年 月 日                   | か月                                    |   |                     |             |             |                |
|                              | 円         | 円       | 年 月 日                   | か月                                    |   |                     |             |             |                |
|                              | 円         | 円       | 年 月 日                   | か月                                    |   |                     |             |             |                |

従業員状況欄は、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  
についてはく(27ページ参照)  
\* 育児休業期間についてはく(28~31ページ参照)

送を申し出る場合には、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 | 継 | 続 | 異 | 動 | 増 | 8  | 継 |
| 9 | 合 | 算 | 申 | 出 | 増 | 10 | 合 |
|   |   |   |   |   |   |    | 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) 当該施設からいなくなった職員  
 ※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、3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。


(※) H28. 3. 31 以前退職日の場合は、2年以内。


\* 別途『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』、『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)。






## Point 2 : 4月1日在籍職員の氏名の変更について

前年度中に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、『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28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』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 ヒューリック神谷町ビル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。

**【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】**

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00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。

機構受付日付印

◎ コピー1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。  
◎ 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。  
◎ 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<br>130△OX<br>↑<br>掛金納付対象職員届で<br>確認してください。 | 共済契約者 | 氏名又は名称<br>社会福祉法人<br>虎ノ門福社会 <sup>®</sup> | 郵便番号105-8486 | 主たる事務所の所在地<br>東京都港区虎ノ門4-3-13 | 事務担当者氏名<br>北海道 花子 | 連絡先 | 電話<br>03-3438-0222 |
|---|-------|---|--------------|------------------------------|-------------------|-----|--------------------|

市町村合併による解散の  
場合は「イ」に該当します。

| 経営者でなくなった理由<br>(該当する記号に○)           | <input type="radio"/> ア 組織変更      オ 公営移管<br><input type="radio"/> イ 法人解散      カ 死亡<br><input type="radio"/> ウ 廃止            キ 交替<br><input type="radio"/> エ 休止            ク その他( )  | 年 月 日<br>〇〇 3 3 1 |        |        |    |  |   |  |   |  |   |  |
|-------------------------------------|---|-------------------|--------|--------|----|--|---|--|---|--|---|--|
| 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"> <thead> <tr> <th>名 称</th> <th>被共済職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>虎ノ門保育園</td> <td>4人</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>人</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>人</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table> | 名 称               | 被共済職員数 | 虎ノ門保育園 | 4人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 | 備 考<br>変更後の<br>共済契約者(経営者)名( )<br>共 済 契 約 者 番 号 ( ) |
| 名 称                                 | 被共済職員数  |                   |        |        |    |  |   |  |   |  |   |  |
| 虎ノ門保育園                              | 4人  |                   |        |        |    |  |   |  |   |  |   |  |
|                                     | 人   |                   |        |        |    |  |   |  |   |  |   |  |
|                                     | 人   |                   |        |        |    |  |   |  |   |  |   |  |
|                                     | 人   |                   |        |        |    |  |   |  |   |  |   |  |

**<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)

※法令等により許可・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) 定款変更申込書(写)及びその他の書類

**確認事項**

- 7. 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。

\*被共済職員加入届の記載上の留意点（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

(約款様式第6号)

被共済職員加入届

平成00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つたので届け出ます。

共済契約者番号: 130ΔOX  
 共済契約者: 社会福祉法人 虎ノ門福祉会  
 主たる事務所の所在地及び電話番号: 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

施設又は事業: 虎ノ門保育園 (2) 保育所 (5)

| 氏名    | 性別 | 生年月日   | 加入年月日 | 加入資格 | 職種(注2) | 本俸月額(注3) |                | 退職・解雇<br>合算申出<br>年月日 | 前共済契約者番号     | 前職員番号   |
|-------|----|--------|-------|------|--------|----------|----------------|----------------------|--------------|---------|
|       |    |        |       |      |        | 額        | <別項><br>俸給の調整額 |                      |              |         |
| 宮崎 保  | 男  | 500225 | 00061 | ア    | 看護師 06 | 198000   | 0              | 00年/13月              | 030XAO000198 | (福) 岩手会 |
| 千葉 育子 | 女  | 61921  | 00061 | イ    | 保育士 03 | 170000   | 0              |                      |              |         |

※4月1日の加入の場合はこの届書ではなく共済納付対象職員届で報告すること。

◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構へ提出していただくもの。  
 ◎コピー部を共済契約者様としてお手元に残していただく。

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。

| 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                            |
|      |    |  | 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 | 介助員     | 11 | 介助員等   |
| 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等                | 栄養士   | 08 | 栄養士等   | ホームヘルパー | 12 | ホームヘルパー・世話人等                                 |
| 介護職員 | 04 | 介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等                           |       |    |  | 介護支援専門員 | 13 | 介護支援専門員・ケアマネージャー等                            |
|      |    |  |       |    |  | 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・ボイラー・技士等) |

\*被共済職員加入届の記載上の留意点 ( 2 / 2 ) \*

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、退職日から3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。)

(※)H28.3.31以前退職日の場合は、2年以内。

※「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 ヒューリック神谷町ビル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。

\* 共済契約者間継続職員異動届の記載上の留意点 ( 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（特別養護老人ホーム等）』、『平成28年4月1日以後加入させない届出（障害者支援施設等）』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00年 5月11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。

|                                 |                              |                                    |              |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------|
| 被共済職員氏名                         |                              | (フリガナ) ヒュウゴ ツバサ 73 114 生 年 月 日 120 |              |
| 74 兵 1 翼 113                    |                              | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 48 6 9         |              |
| 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        |
|                                 | 13040X00100                  |                                    | 4            |
|                                 | 氏名又は名称                       | 社会福祉法人 虎ノ門福祉会®                     |              |
|                                 | 主たる事業所の所在地                   | 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                                 | 03-3438-0215 |
| 勤務する施設又は事業所                     | 虎ノ門保育園                       |                                    |              |
| 異動前の共済契約者                       | 共済契約者番号                      | 職員番号                               | 00174        |
|                                 | 氏名又は名称                       | 社会福祉法人 霞ヶ関福祉会®                     |              |
|                                 | 主たる事業所の所在地                   | 郵便番号100-0013 東京都千代田区霞ヶ関9-1         |              |
|                                 | 事務担当者氏名                      | 連絡先                                | 電話           |
| 勤務する施設又は事業所                     | 霞ヶ関保育園                       |                                    |              |
| 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          |
| 12月                             | 02                           | 2 変更                               | 育児休業開始日      |
| 1月                              |                              | 3 再取得                              | 育児休業終了日      |
|                                 |                              | 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                     |              |
|                                 |                              | パパ・ママ育休プラス 有・無                     |              |
|                                 |                              | 半年延長の理由(※) 1・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

◎ コピーを2部とり、1部を共済契約者控えとしてお手元に残し、1部を先に作成した共済契約者にお送りください。  
◎ 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。

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、この様式では届出できません。

- 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―技士等) |

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]

\* 共済契約者間継続職員異動届の記載上の留意点 ( 3 / 4 ) \*

- ・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。

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。

\* 共済契約者間継続職員異動届の記載上の留意点 ( 4 / 4 ) \*



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、退職手当金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、機構へ速やかに提出してください。





\* 共済契約対象（外）施設等異動届の記載上の留意点（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。

**契約対象外施設に異動する場合は「1」に○を付けてください。**

**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)

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

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 | 届出ます。 |
| 2 | 共済契約対象施設等へ復帰したので  |       |

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

130△0X

掛金納付対象職員届で確認してください。

氏名又は名称 **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 **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**

10 職員番号 14

00014

カナ **サイヤマ サクラ** 生 年 月 日 81

漢字 **埼玉 さくら** 1 明治 年 月 日

2 大正 年 月 日

3 昭和 年 月 日

4 平成 年 月 日

**500513**

1 施設番号 名称 **虎ノ門保育園** 種類 **保育所**

2 施設番号 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（現職証明書の添付が必要） | 共済契約対象施設等最終在職年月日 |
| 07 月名 218 計 254                  | 255                        | 〇〇年5月31日         |
| 4月 01 か月                         |                            |                  |

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 日 年 月 俸給表

育児休業の申請があったもの

|     |       |                         |    |   |        |     |     |     |
|-----|-------|-------------------------|----|---|--------|-----|-----|-----|
| 255 | 1 新規  | 出産日 254 年 月 日 259 日     | 00 | 5 | 202000 | 104 | 106 | 111 |
|     | 2 変更  | 育児休業開始日 241 年 月 日 246 日 | 00 | 3 | 195000 | 123 | 125 | 130 |
|     | 3 再取得 | 育児休業終了日 248 年 月 日 253 日 | 00 | 2 | 195000 | 142 | 144 | 149 |
|     |       | パパ・ママ育休プラス 有・無          | 00 | 1 | 195000 | 161 | 163 | 168 |
|     |       | 半年延長の理由(※) 1・2          | 00 | 1 | 195000 | 173 | 174 | 187 |
| 257 | 1 新規  | 出産日 256 年 月 日 261 日     | 00 | 1 | 195000 | 180 | 182 | 187 |
|     | 2 変更  | 育児休業開始日 254 年 月 日 259 日 | 00 | 1 | 195000 | 199 | 201 | 206 |
|     | 3 再取得 | 育児休業終了日 271 年 月 日 276 日 | 00 | 1 | 195000 |     |     |     |
|     |       | パパ・ママ育休プラス 有・無          | 00 | 1 | 195000 |     |     |     |
|     |       | 半年延長の理由(※) 1・2          | 00 | 1 | 195000 |     |     |     |

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<br>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 | 101<別掲>俸給の調整額(円) | 106 |  |
| 共済契約対象施設等<br>復帰年月日  | 98 |   | 91 |    |      |          |    |           |     |                  |     |  |

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たが、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

◎ 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。

1

2

4

契約対象外施設に異動した場合、記入してください。

-59-

\* 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27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32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32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（特別養護老人ホーム等）』、『平成28年4月1日以後加入させない届出（障害者支援施設等）』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」（被共済職員期間としない月）

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。

\* 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（特別養護老人ホーム等新規加入職員の非加入）』、『平成28年4月1日以後加入させない届出（障害者支援施設等新規加入職員の非加入）』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。

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。

2018年8月15日  
医療機構理事長 様

1 共済契約対象外施設等へ異動した  
2 共済契約対象施設等へ復帰したので  
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       | 社団法人 虎ノ門                       |                              |
| 130△OX              |    | 主たる事務所の所在地   | 郵便番号105-8486<br>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ください。 |    | 事務担当者氏名      | 北海道 花子                         | 連絡先 電話 03-3438-0222          |
| 10 職員番号             | 14 | カナ           | カノ ヒロシ                         | 生 年 月 日                      |
| 00015               |    | 漢字           | 長野 英俊                          | 1 明治<br>2 大正<br>3 昭和<br>4 平成 |
|                     |    | 勤務していた施設又は事業 | サービス付き高齢者向け住宅 愛宕荘 種類 他老人施設・事業  |                              |
| 1 施設番号              | 84 | 施設番号         | 278                            | 281                          |
| 005                 |    | 名称           | 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑                 | 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○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）  
業務上の関係による休業期間（復職証明書の添付が必要）

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 年 月 俸給表の額 <別掲>俸給の調整額  
(平成) (年) (月) 手当名 (円)

|     |       |            |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-------|------------|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 255 | 1 新規  | 出産日        | 254 | 年 | 月   | 日   | 259 | 日   | 97  | 98  | 104 | 106 | 111 |
|     |       | 育児休業開始日    | 241 | 年 | 月   | 日   | 246 | 日   | 116 | 117 | 123 | 125 | 130 |
|     | 2 変更  | 育児休業終了日    | 248 | 年 | 月   | 日   | 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  | 出産日        | 256 | 年 | 月   | 日   | 262 | 日   | 154 | 155 | 161 | 163 | 168 |
|     |       | 育児休業開始日    | 254 | 年 | 月   | 日   | 259 | 日   | 170 | 174 | 180 | 182 | 187 |
|     | 2 変更  | 育児休業終了日    | 271 | 年 | 月   | 日   | 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。

|        |    |      |                |           |
|--------|----|------|----------------|-----------|
| 2 施設番号 | 85 | 施設番号 | 280            | 281       |
| 0005   |    | 名称   | 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑 | 特別養護老人ホーム |
| 3 施設番号 | 86 | 施設番号 | 280            | 281       |
| 0008   |    | 名称   | 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑 | 特別養護老人ホーム |
| 4 施設番号 | 87 | 施設番号 | 280            | 281       |
| 0004   |    | 名称   | 特別養護老人ホーム 虎ノ門苑 | 特別養護老人ホーム |

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り、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、< 61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。

\* 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。

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

平成〇〇年 12月 8日  
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

次のとおり  
 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<br>130△0X | 共済契約者<br>氏名又は名称<br>社会福祉法人 虎ノ門福社会 | 主たる事務所の所在地<br>郵便番号 105-8486<br>東京都港区虎ノ門 4-3-13 | 事務担当者氏名<br>北海道 花子 | 連絡先<br>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         | 理由 [紛失]             |   |

※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                | 新 | リガナ トラノモンフシカイ                          |
| 変更年月日<br>平成 年 月 日 | 旧 | 虎ノ門福社会<br>神谷町福社会                       |
| 主たる事務所の所在地        | 新 | 郵便番号 105-8486<br>東京 都道府県 港区 虎ノ門 4-3-13 |
| 変更年月日<br>平成 年 月 日 | 旧 | 東京都 港区 神谷 4-3-13                       |

**2. 共済契約対象施設等の変更事項**

|                   |      |                              |  |
|-------------------|------|------------------------------|--|
| 施設番号              | 00 / | 種類コード                        |  |
| 変更年月日<br>平成 年 月 日 | 新    | 虎ノ門保育園                       |  |
|                   | 旧    | 神谷町保育園                       |  |
| 所在地               | 新    | 〒105-8486<br>東京都港区虎ノ門 4-3-13 |  |
| 変更年月日<br>平成 年 月 日 | 旧    | 東京都港区神谷 4-3-13               |  |
| 種類                | 新    |                              |  |
|                   | 旧    |                              |  |

**<添付書類>**  
 1 共済契約者の名称を変更した場合、履歴事項全部証明書(写)を添付してください。  
 2 共済契約対象施設等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 種類コードは記入しないでください。

◎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。  
◎コピー1部を共済契約者控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等の種類を変更した場合は、必ず添付書類を必要書類として提出してください。

\* 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 → < 39ページ > の参照

等

※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。

## 【共済契約対象施設等一部廃止等届記載例】

### 共済契約対象施設等一部廃止届

(約款様式第12号)

平成〇〇年 5月11日  
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

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。

|                              |                       |            |                          |
|------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------|
| 共済契約者番号                      |                       | 氏名又は名称     | 社会福祉法人<br>虎ノ門福社会®        |
| 130△0X                       | 共<br>済<br>契<br>約<br>者 | 主たる事務所の所在地 | 郵便番号105-8486<br>東京都港区虎ノ門 |
| ↑<br>掛金納付対象職員届で<br>確認してください。 |                       | 事務担当者氏名    | 北海道 花子                   |
|                              |                       | 連絡先        | 03-3438-0227             |

|                          |   |            |              |
|--------------------------|---|------------|--------------|
| 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<br>年月日 |
|                          | 003   | 虎ノ門テニサービスタ | 00 3 31      |
| 理 由<br>(該当する記号に○)        | ア 廃止<br>イ. 休止<br>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<br>(3) 配置換職員 2 人 (4) 継続異動職員 1 人<br>(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<br>合計 5 人 |            |              |
| 備 考                      | 経営移管後の<br>共済契約者(経営者)名( )<br>共 済 契 約 者 番 号 ( )   |            |              |

**<送付書類>**

- 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…退職手当金請求書・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**

7. 施設・事業の名称 イ.所在地  
 8. 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

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残して  
 ◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出し  
 ◎ 下部記載の「送付書類」を必ず添付してください。

経営していた最終日です。



(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            | 職員氏名        | 1男<br>2大<br>3和<br>4平<br>5成 | 生年月日    | 1男<br>2女 | 異動時職種 |    | 異動の内容   |  | 異動後共済契約者名                              |             |  |
|-----------------|-------------|----------------------------|---------|----------|-------|----|---|--|--|-------------|--|
|                 |             |                            |         |          | 名称    | 番号 | 理由<br>該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。                              | 左欄で、「3.配置換」あるいは「5.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。<br>※(施設番号は「配置換」時のみ記入) | (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) | 異動後の共済契約者番号 |  |
| 虎ノ門 デイ - ビスセンター |             |                            |         |          |       |    |   |  |  |             |  |
| 1               | 00009 福岡 良太 | ③                          | 421/123 | ①        | 介護職員  | 04 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        | (福)神谷会                                 | 1304XX      |  |
| 2               | 00013 千葉 育子 | ③                          | 430819  | ②        | 事務員   | 10 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        |  |             |  |
| 3               | 00020 秋田 千恵 | ③                          | 590711  | ②        | 介護職員  | 04 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        | 虎ノ門苑                                   | 005         |  |
| 4               | 00042 山口 健太 | ③                          | 590903  | ②        | 介護職員  | 04 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        | 虎ノ門<br>ビスセンター                          | 008         |  |
| 5               | 00062 奈良 恵  | ③                          | 600517  | ②        | 介護職員  | 04 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        | (福)青森会                                 | 020XX       |  |
| 6               |             |                            |         | 1        |       |    | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        |  |             |  |
| 7               |             |                            |         | 1        |       |    | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        |  |             |  |
| 8               |             |                            |         | 1        |       |    | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        |  |             |  |
| 9               |             |                            |         | 1        |       |    | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        |  |             |  |
| 10              |             |                            |         | 1        |       |    | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動 | 1.退職(合算申出含む)<br>2.引継(移管)<br>3.配置換<br>4.継続異動<br>5.契約対象外施設等異動                        |  |             |  |

※ [ ] は記入しないでください

## 【現認証明書記載例】

業務上の負傷又は疾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

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（ 130×△〇 ）

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、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  
〇〇保育園 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・・・具体的に記入してください
5. 発生時の状況及び原因・・・具体的に記入してください
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）  
既に認定を受けている場合は「有」、申請をしていない場合は「無」、申請しているがまだ認定を受けていない場合は「申請中」の欄に○をつけてください
8. 休業期間の給与支払（有・無）  
休業期間中（業務上の負傷又は疾病によるもの）の給与の支払がされている場合は「有」に○をつけてください  
ただし、健康保険の傷病手当金・年次有給休暇の取得による給与支払は、「有」に該当しません
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  
通勤中又は業務中の交通事故の場合であって、労災申請はせず、事故の相手方による補償が出ている場合は、その旨をこの欄にご記入ください

# 退職手当金請求手続き

## 1 退職手当金の計算方式

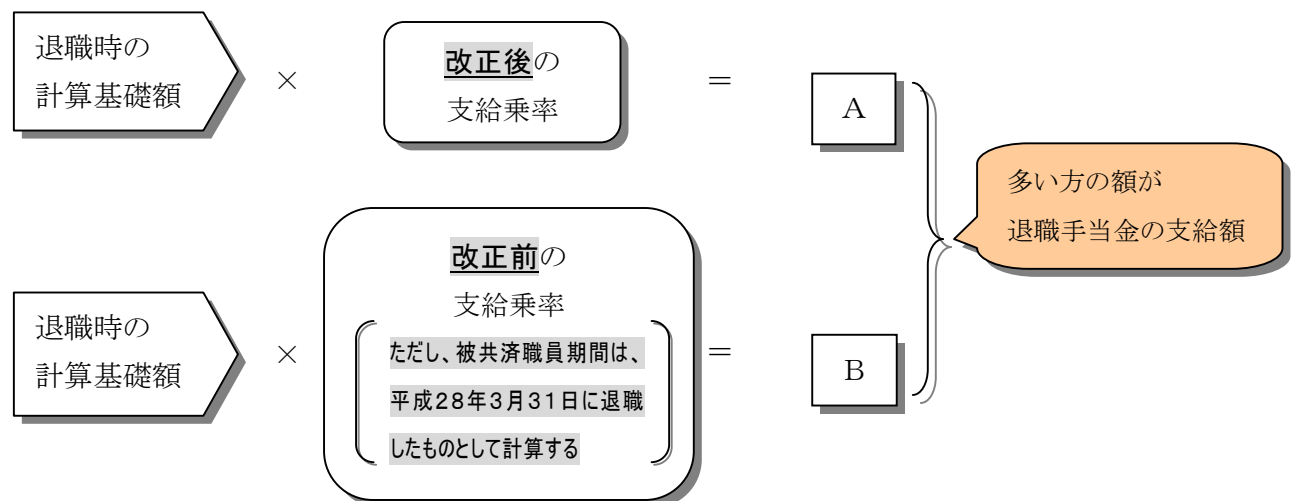
### (1) 計算方式

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。

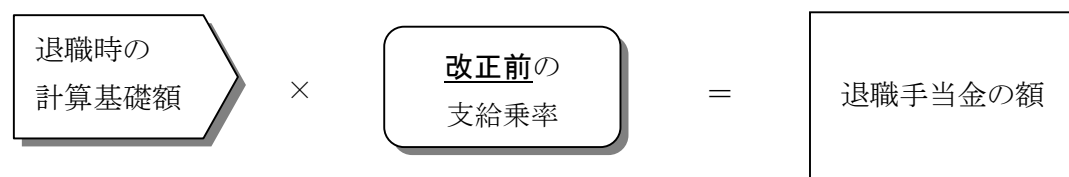
**退職手当金 = 計算基礎額 × 支給乗率** < 計算基礎額・支給乗率 70 ページ参照 >

※ 平成28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28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  
< 97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 合算制度を利用したとき < 32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<br>平均本俸月額 | 計算基礎額   | 退職前6か月の<br>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<br>職員期間 | 退職日              |                 | 被共済<br>職員期間 | 退職日              |                 |
|-------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|-----------------|
|             | 平成28年<br>3月31日以前 | 平成28年<br>4月1日以降 |             | 平成28年<br>3月31日以前 | 平成28年<br>4月1日以降 |
| 1年          | 0.5400           | 0.5220          | 26          | 31.7250          | 30.5370         |
| 2           | 1.0800           | 1.0440          | 27          | 33.0750          | 31.9290         |
| 3           | 1.6200           | 1.5660          | 28          | 34.4250          | 33.3210         |
| 4           | 2.1600           | 2.0880          | 29          | 35.7750          | 34.7130         |
| 5           | 2.7000           | 2.6100          | 30          | 37.1250          | 36.1050         |
| 6           | 4.0500           | 3.1320          | 31          | 38.2500          | 37.1490         |
| 7           | 4.7250           | 3.6540          | 32          | 39.3750          | 38.1930         |
| 8           | 5.4000           | 4.1760          | 33          | 40.5000          | 39.2370         |
| 9           | 6.0750           | 4.6980          | 34          | 41.6250          | 40.2810         |
| 10          | 6.7500           | 5.2200          | 35          | 42.7500          | 41.3250         |
| 11          | 7.9920           | 7.7256          | 36          | 43.8750          | 42.3690         |
| 12          | 8.7840           | 8.4912          | 37          | 45.0000          | 43.4130         |
| 13          | 9.5760           | 9.2568          | 38          | 46.1250          | 44.4570         |
| 14          | 10.3680          | 10.0224         | 39          | 47.2500          | 45.5010         |
| 15          | 11.1600          | 10.7880         | 40          | 48.3750          | 46.5450         |
| 16          | 11.9520          | 13.3893         | 41          | 49.5000          | 47.5890         |
| 17          | 12.7440          | 14.6421         | 42          | 50.6250          | 48.6330         |
| 18          | 13.5360          | 15.8949         | 43          | 51.7500          | 49.5900         |
| 19          | 14.3280          | 17.1477         | 44          | 52.8750          | 49.5900         |
| 20          | 18.9000          | 20.4450         | 45          | 54.0000          | 49.5900         |
| 21          | 19.9800          | 22.1850         | 46          | 55.1250          | 49.5900         |
| 22          | 21.0600          | 23.9250         | 47          | 56.2500          | 49.5900         |
| 23          | 22.1400          | 25.6650         | 48          | 57.3750          | 49.5900         |
| 24          | 23.2200          | 27.4050         | 49          | 58.5000          | 49.5900         |
| 25          | 30.3750          | 29.1450         | 50          | 59.6250          | 49.5900         |
|             |                  |                 | 51年以上       | 60.0000          | 49.5900         |

注) 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28年4月1日以降に加入し、退職した場合

例) 平成28年4月1日に加入して、平成30年3月31日に普通退職(被共済職員期間 2年)  
 退職時平均本俸月額 260,000円

計算基礎額 250,000円 × 支給乗率 1.0440 = 261,000円

↑  
 「平成28年4月1日以降」の被共済職員期間  
 2年の支給乗率(改正後の支給乗率)  
 \* 平成30年3月31日に退職した場合の被共済職員期間とする

261,000円  
 とする。

(イ) 平成18年4月1日以降に加入し、平成28年4月1日以降に退職した場合

例) 平成21年4月1日に加入して、平成30年3月31日に普通退職(被共済職員期間 9年)  
 退職時平均本俸月額 260,000円

① 改正後支給乗率で試算

計算基礎額 250,000円 × 支給乗率 4.6980 = 1,174,500円

↑  
 「平成28年4月1日以降」の被共済職員期間  
 9年の支給乗率  
 \* 平成28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

計算基礎額 250,000円 × 支給乗率 4.7250 = 1,181,250円

↑  
 「平成28年3月31日以前」の被共済職員期間  
 7年の支給乗率(改正前の支給乗率)  
 \* 平成28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、  
 1,181,250円  
 とする。

(ウ)平成18年3月31日以前に加入し、平成28年4月1日以降に退職した場合

例)平成12年4月1日に加入して、平成30年3月31日に普通退職(被共済職員期間 18年)  
退職時平均本俸月額 260,000円

① 改正後支給乗率で試算

$$\text{計算基礎額 } 250,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 15.8949 = \underline{3,973,725\text{円}}$$

「平成28年4月1日以降」の被共済職員期間**18年**の支給乗率  
\* 平成30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

$$\text{計算基礎額 } 250,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 11.9520 = \underline{2,988,000\text{円}}$$

「平成28年3月31日以前」の被共済職員期間**16年**の支給乗率  
\* 平成28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18年4月施行前)で試算

$$\text{計算基礎額 } 250,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 4.5000 = \underline{1,125,000\text{円}}$$

「平成18年3月31日以前」の被共済職員期間**6年**の支給乗率  
(掲載していません)  
\* 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

④ 前々回改正前支給乗率(平成13年4月施行前)で試算

$$\text{計算基礎額 } 250,000\text{円} \times \text{支給乗率 } 0.6000 = \underline{150,000\text{円}}$$

「平成13年3月31日以前」の被共済職員期間**1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

①～④を比較し、  
3,973,725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<br>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               | 32,364    | 38,628    | 44,892    | 52,200    | 60,030    | 67,860    | 75,690    | 83,520    | 91,350    | 99,180    |
| 2年               | 64,728    | 77,256    | 89,784    | 104,400   | 120,060   | 135,720   | 151,380   | 167,040   | 182,700   | 198,360   |
| 3年               | 97,092    | 115,884   | 134,676   | 156,600   | 180,090   | 203,580   | 227,070   | 250,560   | 274,050   | 297,540   |
| 4年               | 129,456   | 154,512   | 179,568   | 208,800   | 240,120   | 271,440   | 302,760   | 334,080   | 365,400   | 396,720   |
| 5年               | 161,820   | 193,140   | 224,460   | 261,000   | 300,150   | 339,300   | 378,450   | 417,600   | 456,750   | 495,900   |
| 6年               | 194,184   | 231,768   | 269,352   | 313,200   | 360,180   | 407,160   | 454,140   | 501,120   | 548,100   | 595,080   |
| 7年               | 226,548   | 270,396   | 314,244   | 365,400   | 420,210   | 475,020   | 529,830   | 584,640   | 639,450   | 694,260   |
| 8年               | 258,912   | 309,024   | 359,136   | 417,600   | 480,240   | 542,880   | 605,520   | 668,160   | 730,800   | 793,440   |
| 9年               | 291,276   | 347,652   | 404,028   | 469,800   | 540,270   | 610,740   | 681,210   | 751,680   | 822,150   | 892,620   |
| 10年              | 323,640   | 386,280   | 448,920   | 522,000   | 600,300   | 678,600   | 756,900   | 835,200   | 913,500   | 991,800   |
| 11年              | 478,987   | 571,694   | 664,401   | 772,560   | 888,444   | 1,004,328 | 1,120,212 | 1,236,096 | 1,351,980 | 1,467,864 |
| 12年              | 526,454   | 628,348   | 730,243   | 849,120   | 976,488   | 1,103,856 | 1,231,224 | 1,358,592 | 1,485,960 | 1,613,328 |
| 13年              | 573,921   | 685,003   | 796,084   | 925,680   | 1,064,532 | 1,203,384 | 1,342,236 | 1,481,088 | 1,619,940 | 1,758,792 |
| 14年              | 621,388   | 741,657   | 861,926   | 1,002,240 | 1,152,576 | 1,302,912 | 1,453,248 | 1,603,584 | 1,753,920 | 1,904,256 |
| 15年              | 668,856   | 798,312   | 927,768   | 1,078,800 | 1,240,620 | 1,402,440 | 1,564,260 | 1,726,080 | 1,887,900 | 2,049,720 |
| 16年              | 830,136   | 990,808   | 1,151,479 | 1,338,930 | 1,539,769 | 1,740,609 | 1,941,448 | 2,142,288 | 2,343,127 | 2,543,967 |
| 17年              | 907,810   | 1,083,515 | 1,259,220 | 1,464,210 | 1,683,841 | 1,903,473 | 2,123,104 | 2,342,736 | 2,562,367 | 2,781,999 |
| 18年              | 985,483   | 1,176,222 | 1,366,961 | 1,589,490 | 1,827,913 | 2,066,337 | 2,304,760 | 2,543,184 | 2,781,607 | 3,020,031 |
| 19年              | 1,063,157 | 1,268,929 | 1,474,702 | 1,714,770 | 1,971,985 | 2,229,201 | 2,486,416 | 2,743,632 | 3,000,847 | 3,258,063 |
| 20年              | 1,267,590 | 1,512,930 | 1,758,270 | 2,044,500 | 2,351,175 | 2,657,850 | 2,964,525 | 3,271,200 | 3,577,875 | 3,884,550 |
| 21年              | 1,375,470 | 1,641,690 | 1,907,910 | 2,218,500 | 2,551,275 | 2,884,050 | 3,216,825 | 3,549,600 | 3,882,375 | 4,215,150 |
| 22年              | 1,483,350 | 1,770,450 | 2,057,550 | 2,392,500 | 2,751,375 | 3,110,250 | 3,469,125 | 3,828,000 | 4,186,875 | 4,545,750 |
| 23年              | 1,591,230 | 1,899,210 | 2,207,190 | 2,566,500 | 2,951,475 | 3,336,450 | 3,721,425 | 4,106,400 | 4,491,375 | 4,876,350 |
| 24年              | 1,699,110 | 2,027,970 | 2,356,830 | 2,740,500 | 3,151,575 | 3,562,650 | 3,973,725 | 4,384,800 | 4,795,875 | 5,206,950 |
| 25年              | 1,806,990 | 2,156,730 | 2,506,470 | 2,914,500 | 3,351,675 | 3,788,850 | 4,226,025 | 4,663,200 | 5,100,375 | 5,537,550 |
| 26年              | 1,893,294 | 2,259,738 | 2,626,182 | 3,053,700 | 3,511,755 | 3,969,810 | 4,427,865 | 4,885,920 | 5,343,975 | 5,802,030 |
| 27年              | 1,979,598 | 2,362,746 | 2,745,894 | 3,192,900 | 3,671,835 | 4,150,770 | 4,629,705 | 5,108,640 | 5,587,575 | 6,066,510 |
| 28年              | 2,065,902 | 2,465,754 | 2,865,606 | 3,332,100 | 3,831,915 | 4,331,730 | 4,831,545 | 5,331,360 | 5,831,175 | 6,330,990 |
| 29年              | 2,152,206 | 2,568,762 | 2,985,318 | 3,471,300 | 3,991,995 | 4,512,690 | 5,033,385 | 5,554,080 | 6,074,775 | 6,595,470 |
| 30年              | 2,238,510 | 2,671,770 | 3,105,030 | 3,610,500 | 4,152,075 | 4,693,650 | 5,235,225 | 5,776,800 | 6,318,375 | 6,859,950 |
| 31年              | 2,303,238 | 2,749,026 | 3,194,814 | 3,714,900 | 4,272,135 | 4,829,370 | 5,386,605 | 5,943,840 | 6,501,075 | 7,058,310 |
| 32年              | 2,367,966 | 2,826,282 | 3,284,598 | 3,819,300 | 4,392,195 | 4,965,090 | 5,537,985 | 6,110,880 | 6,683,775 | 7,256,670 |
| 33年              | 2,432,694 | 2,903,538 | 3,374,382 | 3,923,700 | 4,512,255 | 5,100,810 | 5,689,365 | 6,277,920 | 6,866,475 | 7,455,030 |
| 34年              | 2,497,422 | 2,980,794 | 3,464,166 | 4,028,100 | 4,632,315 | 5,236,530 | 5,840,745 | 6,444,960 | 7,049,175 | 7,653,390 |
| 35年              | 2,562,150 | 3,058,050 | 3,553,950 | 4,132,500 | 4,752,375 | 5,372,250 | 5,992,125 | 6,612,000 | 7,231,875 | 7,851,750 |
| 36年              | 2,626,878 | 3,135,306 | 3,643,734 | 4,236,900 | 4,872,435 | 5,507,970 | 6,143,505 | 6,779,040 | 7,414,575 | 8,050,110 |
| 37年              | 2,691,606 | 3,212,562 | 3,733,518 | 4,341,300 | 4,992,495 | 5,643,690 | 6,294,885 | 6,946,080 | 7,597,275 | 8,248,470 |
| 38年              | 2,756,334 | 3,289,818 | 3,823,302 | 4,445,700 | 5,112,555 | 5,779,410 | 6,446,265 | 7,113,120 | 7,779,975 | 8,446,830 |
| 39年              | 2,821,062 | 3,367,074 | 3,913,086 | 4,550,100 | 5,232,615 | 5,915,130 | 6,597,645 | 7,280,160 | 7,962,675 | 8,645,190 |
| 40年              | 2,885,790 | 3,444,330 | 4,002,870 | 4,654,500 | 5,352,675 | 6,050,850 | 6,749,025 | 7,447,200 | 8,145,375 | 8,843,550 |
| 41年              | 2,950,518 | 3,521,586 | 4,092,654 | 4,758,900 | 5,472,735 | 6,186,570 | 6,900,405 | 7,614,240 | 8,328,075 | 9,041,910 |
| 42年              | 3,015,246 | 3,598,842 | 4,182,438 | 4,863,300 | 5,592,795 | 6,322,290 | 7,051,785 | 7,781,280 | 8,510,775 | 9,240,270 |
| 43年以上            | 3,074,580 | 3,669,660 | 4,264,740 | 4,959,000 | 5,702,850 | 6,446,700 | 7,190,550 | 7,934,400 | 8,678,250 | 9,422,100 |

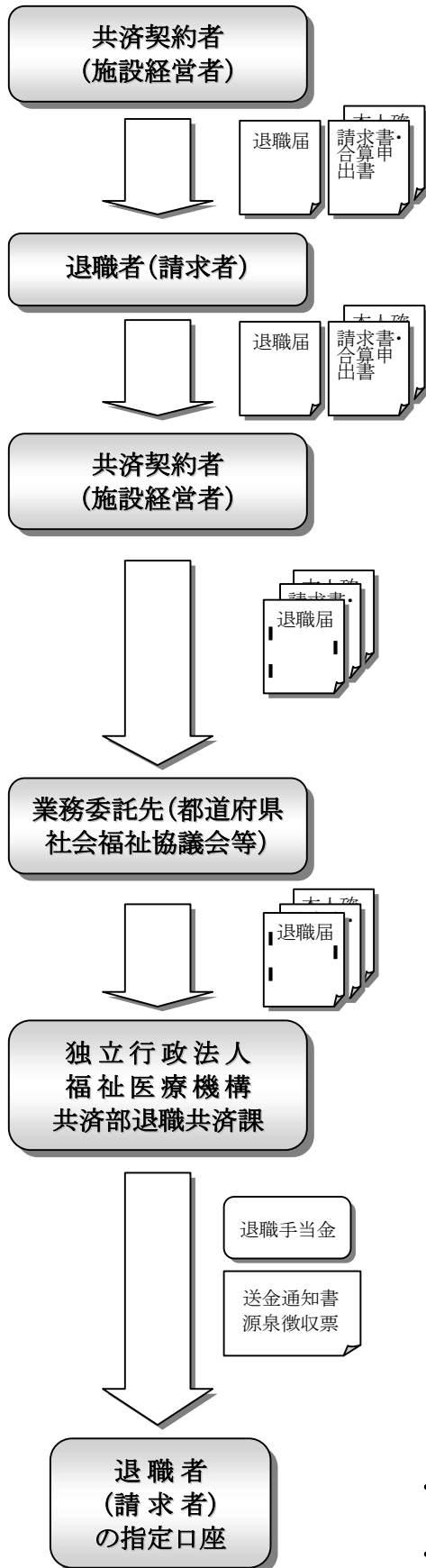


(単位:円)

| 計算基礎額<br>被共済職員期間 | 205,000    | 220,000    | 235,000    | 250,000    | 265,000    | 280,000    | 300,000    | 320,000    | 340,000    | 360,000    |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1年               | 107,010    | 114,840    | 122,670    | 130,500    | 138,330    | 146,160    | 156,600    | 167,040    | 177,480    | 187,920    |
| 2年               | 214,020    | 229,680    | 245,340    | 261,000    | 276,660    | 292,320    | 313,200    | 334,080    | 354,960    | 375,840    |
| 3年               | 321,030    | 344,520    | 368,010    | 391,500    | 414,990    | 438,480    | 469,800    | 501,120    | 532,440    | 563,760    |
| 4年               | 428,040    | 459,360    | 490,680    | 522,000    | 553,320    | 584,640    | 626,400    | 668,160    | 709,920    | 751,680    |
| 5年               | 535,050    | 574,200    | 613,350    | 652,500    | 691,650    | 730,800    | 783,000    | 835,200    | 887,400    | 939,600    |
| 6年               | 642,060    | 689,040    | 736,020    | 783,000    | 829,980    | 876,960    | 939,600    | 1,002,240  | 1,064,880  | 1,127,520  |
| 7年               | 749,070    | 803,880    | 858,690    | 913,500    | 968,310    | 1,023,120  | 1,096,200  | 1,169,280  | 1,242,360  | 1,315,440  |
| 8年               | 856,080    | 918,720    | 981,360    | 1,044,000  | 1,106,640  | 1,169,280  | 1,252,800  | 1,336,320  | 1,419,840  | 1,503,360  |
| 9年               | 963,090    | 1,033,560  | 1,104,030  | 1,174,500  | 1,244,970  | 1,315,440  | 1,409,400  | 1,503,360  | 1,597,320  | 1,691,280  |
| 10年              | 1,070,100  | 1,148,400  | 1,226,700  | 1,305,000  | 1,383,300  | 1,461,600  | 1,566,000  | 1,670,400  | 1,774,800  | 1,879,200  |
| 11年              | 1,583,748  | 1,699,632  | 1,815,516  | 1,931,400  | 2,047,284  | 2,163,168  | 2,317,680  | 2,472,192  | 2,626,704  | 2,781,216  |
| 12年              | 1,740,696  | 1,868,064  | 1,995,432  | 2,122,800  | 2,250,168  | 2,377,536  | 2,547,360  | 2,717,184  | 2,887,008  | 3,056,832  |
| 13年              | 1,897,644  | 2,036,496  | 2,175,348  | 2,314,200  | 2,453,052  | 2,591,904  | 2,777,040  | 2,962,176  | 3,147,312  | 3,332,448  |
| 14年              | 2,054,592  | 2,204,928  | 2,355,264  | 2,505,600  | 2,655,936  | 2,806,272  | 3,006,720  | 3,207,168  | 3,407,616  | 3,608,064  |
| 15年              | 2,211,540  | 2,373,360  | 2,535,180  | 2,697,000  | 2,858,820  | 3,020,640  | 3,236,400  | 3,452,160  | 3,667,920  | 3,883,680  |
| 16年              | 2,744,806  | 2,945,646  | 3,146,485  | 3,347,325  | 3,548,164  | 3,749,004  | 4,016,790  | 4,284,576  | 4,552,362  | 4,820,148  |
| 17年              | 3,001,630  | 3,221,262  | 3,440,893  | 3,660,525  | 3,880,156  | 4,099,788  | 4,392,630  | 4,685,472  | 4,978,314  | 5,271,156  |
| 18年              | 3,258,454  | 3,496,878  | 3,735,301  | 3,973,725  | 4,212,148  | 4,450,572  | 4,768,470  | 5,086,368  | 5,404,266  | 5,722,164  |
| 19年              | 3,515,278  | 3,772,494  | 4,029,709  | 4,286,925  | 4,544,140  | 4,801,356  | 5,144,310  | 5,487,264  | 5,830,218  | 6,173,172  |
| 20年              | 4,191,225  | 4,497,900  | 4,804,575  | 5,111,250  | 5,417,925  | 5,724,600  | 6,133,500  | 6,542,400  | 6,951,300  | 7,360,200  |
| 21年              | 4,547,925  | 4,880,700  | 5,213,475  | 5,546,250  | 5,879,025  | 6,211,800  | 6,655,500  | 7,099,200  | 7,542,900  | 7,986,600  |
| 22年              | 4,904,625  | 5,263,500  | 5,622,375  | 5,981,250  | 6,340,125  | 6,699,000  | 7,177,500  | 7,656,000  | 8,134,500  | 8,613,000  |
| 23年              | 5,261,325  | 5,646,300  | 6,031,275  | 6,416,250  | 6,801,225  | 7,186,200  | 7,699,500  | 8,212,800  | 8,726,100  | 9,239,400  |
| 24年              | 5,618,025  | 6,029,100  | 6,440,175  | 6,851,250  | 7,262,325  | 7,673,400  | 8,221,500  | 8,769,600  | 9,317,700  | 9,865,800  |
| 25年              | 5,974,725  | 6,411,900  | 6,849,075  | 7,286,250  | 7,723,425  | 8,160,600  | 8,743,500  | 9,326,400  | 9,909,300  | 10,492,200 |
| 26年              | 6,260,085  | 6,718,140  | 7,176,195  | 7,634,250  | 8,092,305  | 8,550,360  | 9,161,100  | 9,771,840  | 10,382,580 | 10,993,320 |
| 27年              | 6,545,445  | 7,024,380  | 7,503,315  | 7,982,250  | 8,461,185  | 8,940,120  | 9,578,700  | 10,217,280 | 10,855,860 | 11,494,440 |
| 28年              | 6,830,805  | 7,330,620  | 7,830,435  | 8,330,250  | 8,830,065  | 9,329,880  | 9,996,300  | 10,662,720 | 11,329,140 | 11,995,560 |
| 29年              | 7,116,165  | 7,636,860  | 8,157,555  | 8,678,250  | 9,198,945  | 9,719,640  | 10,413,900 | 11,108,160 | 11,802,420 | 12,496,680 |
| 30年              | 7,401,525  | 7,943,100  | 8,484,675  | 9,026,250  | 9,567,825  | 10,109,400 | 10,831,500 | 11,553,600 | 12,275,700 | 12,997,800 |
| 31年              | 7,615,545  | 8,172,780  | 8,730,015  | 9,287,250  | 9,844,485  | 10,401,720 | 11,144,700 | 11,887,680 | 12,630,660 | 13,373,640 |
| 32年              | 7,829,565  | 8,402,460  | 8,975,355  | 9,548,250  | 10,121,145 | 10,694,040 | 11,457,900 | 12,221,760 | 12,985,620 | 13,749,480 |
| 33年              | 8,043,585  | 8,632,140  | 9,220,695  | 9,809,250  | 10,397,805 | 10,986,360 | 11,771,100 | 12,555,840 | 13,340,580 | 14,125,320 |
| 34年              | 8,257,605  | 8,861,820  | 9,466,035  | 10,070,250 | 10,674,465 | 11,278,680 | 12,084,300 | 12,889,920 | 13,695,540 | 14,501,160 |
| 35年              | 8,471,625  | 9,091,500  | 9,711,375  | 10,331,250 | 10,951,125 | 11,571,000 | 12,397,500 | 13,224,000 | 14,050,500 | 14,877,000 |
| 36年              | 8,685,645  | 9,321,180  | 9,956,715  | 10,592,250 | 11,227,785 | 11,863,320 | 12,710,700 | 13,558,080 | 14,405,460 | 15,252,840 |
| 37年              | 8,899,665  | 9,550,860  | 10,202,055 | 10,853,250 | 11,504,445 | 12,155,640 | 13,023,900 | 13,892,160 | 14,760,420 | 15,628,680 |
| 38年              | 9,113,685  | 9,780,540  | 10,447,395 | 11,114,250 | 11,781,105 | 12,447,960 | 13,337,100 | 14,226,240 | 15,115,380 | 16,004,520 |
| 39年              | 9,327,705  | 10,010,220 | 10,692,735 | 11,375,250 | 12,057,765 | 12,740,280 | 13,650,300 | 14,560,320 | 15,470,340 | 16,380,360 |
| 40年              | 9,541,725  | 10,239,900 | 10,938,075 | 11,636,250 | 12,334,425 | 13,032,600 | 13,963,500 | 14,894,400 | 15,825,300 | 16,756,200 |
| 41年              | 9,755,745  | 10,469,580 | 11,183,415 | 11,897,250 | 12,611,085 | 13,324,920 | 14,276,700 | 15,228,480 | 16,180,260 | 17,132,040 |
| 42年              | 9,969,765  | 10,699,260 | 11,428,755 | 12,158,250 | 12,887,745 | 13,617,240 | 14,589,900 | 15,562,560 | 16,535,220 | 17,507,880 |
| 43年以上            | 10,165,950 | 10,909,800 | 11,653,650 | 12,397,500 | 13,141,350 | 13,885,200 | 14,877,000 | 15,868,800 | 16,860,600 | 17,852,400 |

2

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



【共済契約者】

- ・『被共済職員退職届』を記入・押印します。
- ・『退職手当金請求書・合算申出書』及び『本人確認書類貼付用用紙』を退職者(請求者)に渡します。

【退職者】

- ・『退職手当金請求書・合算申出書』に記入・押印し、『本人確認書類貼付用用紙』に個人番号確認書類及び身元確認書類の写しを貼付して共済契約者に提出します。

【共済契約者】

- ・共済契約者控として『被共済職員退職届』のコピーを取ります。(『退職手当金請求書・合算申出書』のコピーは原則取らないでください。止むを得ずコピーを取る場合は、個人番号を消すなどの措置をお取りください。)
- ・『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』、『本人確認書類貼付用用紙』の順に重ねて、左に2か所、右に1か所ホチキス留めをします。
- ・ホチキス留めした原本を施設所在地の業務委託先(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。

【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。

提出された退職届、請求書・合算申出書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 『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』の作成・提出上の留意点

#### (1) 事前準備

約款様式第7号『被共済職員退職届』、約款様式第7号の2『退職手当金請求書・合算申出書』の入手方法等は以下のとおりです。

##### ア. 紙媒体使用の場合

『被共済職員退職届』及び『退職手当金請求書・合算申出書』の用紙は、様式集から約款様式第7号及び約款様式第7号の2ををコピーしてご使用ください。退職手当金を請求する場合は、併せて『本人確認書類貼付用用紙』をコピーしてご使用ください。

また、機構のホームページ (<http://hp.wam.go.jp/>) から様式の印刷ができます。印刷する際は、『被共済職員退職届』及び『退職手当金請求書・合算申出書』を各々A4サイズで印刷してご使用ください。退職手当金を請求する場合は、併せて『本人確認書類貼付用用紙』をA4サイズで印刷してご使用ください。

##### イ. 電子媒体使用の場合

電子届出システムに『被共済職員退職届』が作成できる機能を掲載しております。チェック機能が充実し、記入漏れや記入誤りを防ぐことができますので、電子届出システムを利用されている共済契約者をご利用ください。

[＜被共済職員退職届の電子化について 116～121ページ参照＞](#)

#### (2) 『退職手当金請求書・合算申出書』の作成

ア. 社会保障・税番号制度（マイナンバー制度）が導入され、税務署に提出する申告書や法定調書等の税務関係書類に個人番号・法人番号を記載することが義務付けられていますので、申告書を提出する際には個人番号の記入が必要となります。また、個人番号の提供を受ける際は、成りすましを防止するため厳格な本人確認が義務付けられており、当機構は退職手当金の支払を受ける方から、個人番号が記載された退職所得の受給に関する申告書の提出を受ける場合は、本人確認として、個人番号の確認と身元（実存）確認を行うことが必要となります。

イ. 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、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、本人確認書類の提出や手続きなどを「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、『退職手当金請求書・合算申出書』及び『本人確認書類貼付用用紙』をお渡しください。退職者が『退職手当金請求書・合算申出書』の「退職手当金を請求」に○をつけ、請求者欄、振込先金融機関欄及び退職所得の受給に関する申告書部分に記入・押印のうえ、『本人確認書類貼付用用紙』に個人番号確認書類及び身元確認書類の写しを貼付して速やかに共済契約者に提出するよう指導してください。

ウ. 『退職手当金請求書・合算申出書』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場合、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、特に次のことを注意するよう指導してください。

- (ア) 『退職手当金請求書・合算申出書』の請求者住所と退職所得の受給に関する申告書部分の現住所が同一であるか。
- (イ) 振込先金融機関（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義）が正しく記入されているか。
- (ウ) 押印漏れはないか。

エ. 『退職手当金請求書・合算申出書』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必要となり、退職手当金の支給が大幅に遅れることとなりますので、機構からの退職手当金が振込まれるまでは、口座の解約や口座名義の変更をしないよう請求者に周知してください。

止むを得ず口座を解約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・合算申出書』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・合算申出書』を提出しない場合でも、『被共済職員退職届』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□にチェックを入れてください。

『被共済職員退職届』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、退職者が『退職手当金請求書・合算申出書』の「退職手当金を請求」に○をつけ、請求者欄、振込先金融機関欄及び退職所得の受給に関する申告書部分に記入・押印のうえ、『本人確認書類貼付用用紙』に個人番号確認書類及び身元確認書類の写しを貼付して、直接機構に提出してください。

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。

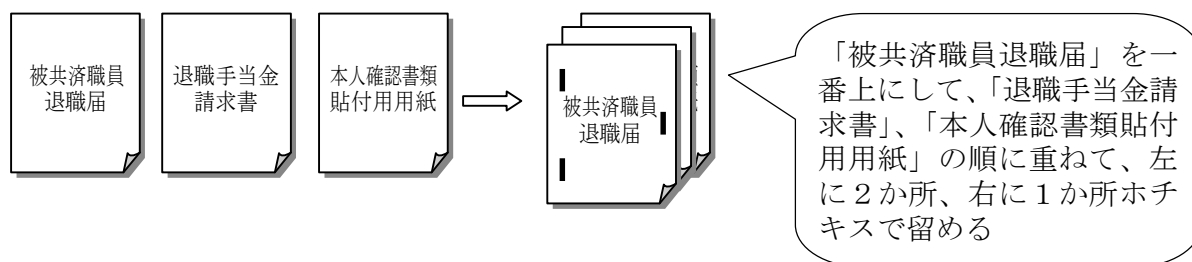
ただし、在籍期間が1年以上で、被共済職員期間（在籍期間から被共済職員期間とならない月等の不算入月を除いた期間）が1年未満となる退職者の場合は、必ず、『被共済職員退職届』のみを速やかに施設等所在地の業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）に提出してください。

(5) 『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』の提出

『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』及び『本人確認書類貼付用紙』は、共済契約者で取りまとめて、以下のいずれかの方法で、退職者の個人番号が見えない措置を講じたうえ、施設等所在地の業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）に提出してください。（退職者が合算制度を利用する場合や『被共済職員退職届』のみを提出する場合を除く。）

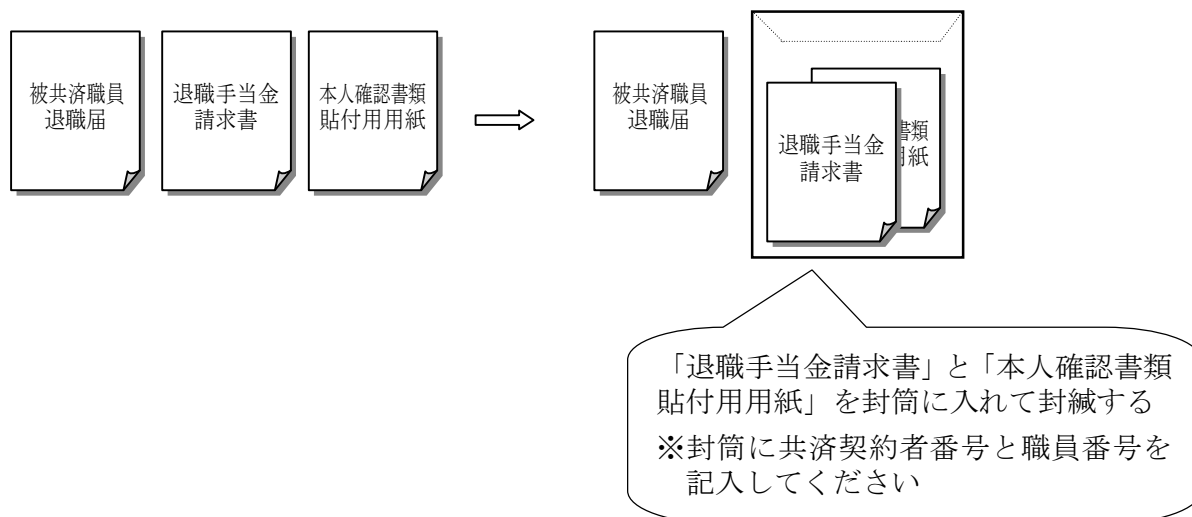
〔方法1〕

- ・『被共済職員退職届』を一番上にし、『退職手当金請求書・合算申出書』、『本人確認書類貼付用紙』の順に重ね、左に2か所、右に1か所ホチキスで留める。



〔方法2〕

- ・『退職手当金請求書・合算申出書』と『本人確認書類貼付用紙』を封筒に入れて封緘し、『被共済職員退職届』とセットにする。



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3年以内に再び被共済職員になること（退職が平成28年3月31日以前の場合は2年以内）
- 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

(2) 『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』の提出

被共済職員が退職する際に合算を申し出る場合、退職者が『退職手当金請求書・合算申出書』の「合算制度を利用」に○をつけ、請求者（利用者）欄のみを記入、押印し、共済契約者に提出するよう指導してください。

共済契約者は『被共済職員退職届』をすべて記入、押印し、『退職手当金請求書・合算申出書』と共に速やかに提出してください。



- ① 退職手当金を請求した場合は、合算申出の手続きを取ることができなくなります。合算を申し出る場合は、「合算制度を利用」に○をつけ、『退職手当金請求書・合算申出書』の振込先金融機関欄及び退職所得の受給に関する申告書部分は、記入しないでください。
- 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。

(約款様式第7号の2)

退職手当金請求書・合算申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日 平成 28 年 3 月 22 日

退職手当金を請求します。なお、請求する私は反社会的勢力ではなく、また、反社会的勢力への関与はありません。

私は、上記注意事項等を理解した上で、  
 合算制度を利用します ※合算制度を利用する場合は「請求者(利用者)」欄以外の記入の必要はありません。

|                           |                              |                          |                            |              |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| 請求者区分(続柄)                 | フリガナ                         | 氏名                       | 生年月日                       | 連絡先電話番号      |
| ① 退職者本人                   | カミヤ マチ                       | 神谷 町子                    | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 620701 | 03 3438 9243 |
| 2 相続人( )                  |                              |                          |                            |              |
| 3 遺族( )                   |                              |                          |                            |              |
| 郵便番号                      | 住 所                          |                          |                            |              |
| 〒145-0085                 | 東京都大田区スヶ原2丁目0番△号 ニューハイム 302号 |                          |                            |              |
| 振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。 | 銀行・信用組合                      | 本店・支所                    |                            |              |
|                           | 信用金庫・農業協同組合                  | 支店・出張所                   |                            |              |
| 口座番号 (右詰めで記入してください)       | 預金種目                         | 口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください) | 〔あなた以外の預金口座には送金できません〕      |              |
|                           | 普通                           |                          |                            |              |

「合算制度を利用」に○をつけてください。

請求者(利用者)欄はすべて記入してください。

「振込先金融機関」欄は記入しないでください。

＜個人情報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。

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

退職日から3年以内に被共済職員となった場合は、合算制度を利用してい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。< 32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申出者が、退職日から3年以内に被共済職員とならなかった場合

被共済職員期間の合算を申し出て退職した職員が、退職から3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、合算を申し出て退職した職員には、退職時に、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・合算申出書』(約款様式第7号の2)』及び『 本人確認書類貼付用紙』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。
2. 『 退職手当金請求書・合算申出書』の請求者(利用者)欄及び振込先金融機関欄をすべて記入・押印してください。
3. 『 退職手当金請求書・合算申出書』の下にある「退職所得の受給に関する申告書」部分に記入、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. 「退職所得の受給に関する申告書」には個人番号を記載する必要があるため、必ず『 本人確認書類貼付用紙』に、番号確認書類及び身元確認書類の写しを貼付し、直接、独立行政法人福祉医療機構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、合算を申出た退職者に係る「被共済職員退職届」の控えを退職日から3年間保存してください。
- ④ 「合算制度を利用」を選択した退職者に「被共済職員退職届」の写しをお渡しください。

5 『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書・合算申出書』の記載及び留意点

① 『被共済職員退職届』の記載及び留意点

✍️ 共済契約者が記入します

◎ 共済契約者は、原本1部と写し1部を(都道府県社会協議会等)にご提出ください(また、写し1部を共済契約者のお手元に残してください)。  
◎ 給与台帳等の確認書類の提出を依頼する場合は、必ず提出してください(事前添付可)。

**被共済職員退職届**  
独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

平成 28 年 3 月 22 日 次のとおり被共済職員が退職したので届出ます。

|            |             |
|------------|-------------|
| 業務委託先受付日付印 | 機構受付日付印     |
| 756        | 761 763 768 |

職員番号 00188 退職者氏名 カミヤ マチコ 漢字 神谷 町子 退職理由 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)

変更前の氏名 ヒロヤ マチコ 漢字 日比谷 町子 退職理由 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)

生年月日 620701 退職年月日 280315 退職理由 ③ 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職 (退職理由により添付書類が必要な場合があります。)

掛金納付対象職員届で確認のうえ記入

退職月の直前の4月から退職月までの期間において

| 業務上の傷病による休業期間(現認証明書等の添付が必要) | 育児休業の申請があったもの |       |        | 年 月 俵 給 表 の 額 (平成(年) (月)) | 俵給の調整額(※2) 手当名(特殊業務手当) |
|-----------------------------|---------------|-------|--------|---------------------------|------------------------|
|                             | 176 ①新規       | 2 変更  | 3 再取得  |                           |                        |
| 176 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 180710 | 2003 2                    | 1810000 7240           |
| 177 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 270905 | 2003 2                    | 1810000 7240           |
| 178 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 179 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 180 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 181 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 182 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 183 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 184 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 185 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 186 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 187 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 188 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 189 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |
| 190 ①新規                     | 2 変更          | 3 再取得 | 280315 | 2003 3                    | 1810000 7240           |

共済契約者番号 139999 氏名又は名称 社会福祉法人 O△ 福祉会  
住所 東京都港区虎ノ門 4-3-  
事務担当者氏名 甲野 花子 連絡先 電話(市外局) 03-  
印 7 9  
6 局 6215 番

(※1) 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○で認めてください。  
半年延長の理由 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・傷病等の事情

本人をいじりません

(1) 『被共済職員退職届』の記載例 < 84~85ページ参照 >  
(5) よくある記入誤りの例 < 91~93ページ参照 >



- ・ 消せるボールペンを使用して記入しないでください。
  - ・ 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。
- ※『被共済職員退職届』の訂正箇所には共済契約者の印が必要となります。『被共済職員退職届』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(< 93ページ > のケース3を参照))



②『退職手当金請求書・合算申出書』の記載及び留意点

退職者(請求者)本人が記入します

(2)『退職手当金請求書・合算申出書』の記載例  
 < 87~88ページ参照 >

(3)『退職所得の受給に関する申告書』部分の記載例  
 < 89ページ参照 >

③『本人確認書類貼付用紙』の留意点

(4)『本人確認書類』について  
 (本人確認書類貼付用紙)  
 < 90ページ参照 >



- ・ 消せるボールペンを使用して記入しないでください。
  - ・ 記入を間違えた場合は、**修正液等で消さず**に、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・合算申出書』の訂正箇所には請求者本人の印が必要となります。

(1) 『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。

平成 28 年 3 月 22 日 次のとおり被共済職員が退職したので届出ます。

|                       |    |                              |     |                           |   |
|-----------------------|----|------------------------------|-----|---------------------------|---|
| 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ください) |     | 退職理由 (該当する番号を○で囲んでください)   |   |
| 10                    | 14 | 15                           | 34  | 149                       | 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)      |
| 0                     | 0  | 1                            | 8   | 8                         | 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) |
| 変更前の氏名 (変更している場合のみ記入) |    | 35                           | 71  | ③ ... 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職 | [退職理由により添付書類が必要な場合があります。]                     |
| 漢字                    |    | 75                           | 94  | ④ ... 犯罪等による退職            |   |
| カタカナ                  |    | 95                           | 134 |                           |   |
| 漢字 (旧姓)               |    | ( 年 月 日 変更)                  |     |                           |   |
| 生 年 月 日               |    | 退 職 年 月 日                    |     |                           |   |
| 1                     | 2  | 3                            | 4   | 141                       | 143   |
| 明                     | 治  | 正                            | 和   | 日                         | 平   |
| 成                     | 成  | 成                            | 成   | 日                         | 日   |
| 6                     | 2  | 0                            | 7   | 0                         | 1   |
| 2                     | 8  | 0                            | 3   | 1                         | 5   |

結婚等で改姓した時は、必ず旧姓を記入してください。

・該当する退職理由に○をつけます。  
・退職理由により添付書類が必要な場合があります。< 86ページ参照 >

退職年月日は、社会保険の資格喪失日ではなく、**実際の退職日**を記入してください。

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。

※ 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3月(前年度)までは『掛金納付対象職員届』で報告します。)

| 退職月の直前の4月から退職月までの期間において              |                            | 育児休業の申請があったもの   |         |         |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------|---------|
| 業務に従事した日数が10日以下の月<br>(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) | ①新規             | 2 変更    | 3 再取得   |
|                                      |                            | 178             | 179     | 183     |
| 月名                                   | 計                          | 出生日             | 育児休業開始日 | 育児休業終了日 |
| 4月                                   | 0 2                        | 2 7 0 7         | 2 7 0 9 | 2 8 0 3 |
| 5月                                   |                            | 185             | 190     | 197     |
|                                      |                            | パパ・ママ育休プラス 975  |         | 有・無     |
|                                      |                            | 半年延長の理由(※1) 975 |         | 1 2     |
|                                      |                            | ①新規 ②変更 ③再取得    |         |         |
|                                      |                            | 出生日             | 育児休業開始日 | 育児休業終了日 |
|                                      |                            | 836             | 838     | 845     |
|                                      |                            | パパ・ママ育休プラス 976  |         | 有・無     |
|                                      |                            | 半年延長の理由(※1) 976 |         | 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として扱ってください。< 28~30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』にて報告している場合は、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。< 28~30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。< 27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< 68ページ参照 >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として扱ってください。< 27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」や「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、必ず給与規程上の名称を記入してください。  
 < 24ページ参照 >

| 退職した月以前6か月の本俸月額<br>(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〉<br>俸給の調整額(※2) |     |     |     |     |
| (平成(年))  |     | (月) |     |       |     |     |     |     |     | 手当名(特殊業務手当)               |     |     |     |     |
| 199  | 200 | 201 | 202 | 203   | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209                       | 210 |     |     |     |
| 2  | 8   | 0   | 2   |       | 1   | 8   | 1   | 0   | 0   | 0                         | 7   | 2   | 4   | 0   |
| 218  | 219 | 220 | 221 | 222   | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228                       | 229 | 230 | 231 | 232 |
| 2  | 8   | 0   | 1   |       | 1   | 8   | 1   | 0   | 0   | 0                         | 7   | 2   | 4   | 0   |
| 237  | 238 | 239 | 240 | 241   | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247                       | 248 | 249 | 250 | 251 |
| 2  | 7   | 1   | 2   |       | 1   | 8   | 1   | 0   | 0   | 0                         | 7   | 2   | 4   | 0   |
| 256  | 257 | 258 | 259 | 260   | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266                       | 267 | 268 | 269 | 270 |
| 2  | 7   | 1   | 1   |       | 1   | 8   | 1   | 0   | 0   | 0                         | 7   | 2   | 4   | 0   |
| 275  | 276 | 277 | 278 | 279   | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285                       | 286 | 287 | 288 | 289 |
| 2  | 7   | 1   | 0   |       | 1   | 8   | 1   | 0   | 0   | 0                         | 7   | 2   | 4   | 0   |
| 294  | 295 | 296 | 297 | 298   | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304                       | 305 | 306 | 307 | 308 |
| 2  | 7   | 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。  
 < 25ページ参照 >

育児休業、介護休業、業務上の傷病による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。  
 < 69～70ページ参照 >

|         |       |             |                          |            |
|---------|-------|-------------|--------------------------|------------|
| 共済契約者番号 | 共済契約者 | 氏名又は名称      | 住所                       | カード        |
| 139999  |       | 社会福祉法人〇△福祉会 | 東京都港区虎ノ門4-3-13           | 1 2<br>7 9 |
| 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。

施設印等ではなく、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）<br>・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、㊦94～96ページを参照   |
| ②  | 普通退職<br>・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<br>・死亡診断書(写)<br>・遺族、相続人請求の場合は、㊦94～96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<br>・共済契約者の発行する配置換命令書(写)<br>・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<br>・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<br>・共済契約者が発行する事情説明書<br>・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<br>・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<br>・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<br>・入所定員減少前後の職員名簿<br>・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)<br>・障害補償給付又は傷病補償年金の支給決定通知書(写)<br>・共済契約者が発行する現認証明書<㊦68ページ参照><br>・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(例：障害厚生年金を受給するための「厚生年金保険診断書」) |
|    | 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)<br>・葬祭料の支給決定通知書(写)<br>・死亡診断書(写)<br>・共済契約者が発行する現認証明書<br>・遺族、相続人請求の場合は、㊦94～96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)<br>・共済契約者の処分の状況(辞令の写)<br>・理事会議事録(写)<br>・就業規則(写)<br>・労働基準監督署の解雇予告除外がある場合の認定書(写)<br>・判決があった場合の判決書(写)<br>・新聞記事(写)<br>・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。

(2) 『退職手当金請求書・合算申出書』の記載例 (退職手当金を請求する場合)

 必ず請求者本人が記入してください。

「退職手当金を請求」を選択してください。

郵便番号は、必ず7桁で記入してください。

・申告書の現住所と同じ住所となります。  
・退職後にお住まいの住所を記入してください。  
(退職後に転居することが決まっている場合は、転居後の住所を記入してください。)

(約款様式第7号の2)

退職手当金請求書・合算申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成 28 年 3 月 22 日

結婚等で氏名の変更をしている場合、又は、退職後、退職手当金を請求する時点で氏名の変更をしている場合は、変更後の氏名を記入し、押印してください。

機構受付日付印

927 983

私は、上記注意事項等を理解した上で、  
 退職手当金を請求します。なお、請求する私は反社会的勢力ではなく、また、反社会的勢力への関与はありません。  
 合算制度を利用します。 ※合算制度を利用する場合は「請求者(利用者)」欄以外の記入の必要はありません。

|     |           |      |     |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |
|-----|-----------|------|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 312 | 請求者区分(続柄) | フリガナ | 313 | カミヤ マチコ | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 |
|-----|-----------|------|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

・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。  
< 88ページ参照 >

・口座番号は、右詰めで記入してください。

・支店名は通帳繰越店ではなく、口座を開設した支店名を記入してください。  
・ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は、漢数字3ケタの店名を記入し、いずれも○で囲まないでください。

・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。

・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。  
・姓と名の間はひとマス空けて記入してください。  
・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。)

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。

・「退職手当金を請求」を選択した場合は、『本人確認書類貼付用用紙』に本人確認書類を貼付してください。  
・「合算制度を利用」を選択した場合は、「請求者(利用者)」欄のみ記入・押印し、「振込先金融機関」欄及び「退職所得の受給に関する申告書」部分は空欄のままご提出ください。本人確認書類も不要です。< 合算について 80ページ参照 >

【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**。

特に、金融機関の統廃合や、退職手当金請求書提出後の名義変更などにより振込ができないケースが増えています。振込先金融機関の事前確認をし、記入後の内容は送金完了まで変更しないようお願いいたします。

|         |                                     |   |   |   |   |   |   |  |                             |   |   |   |   |   |  |       |  |  |  |  |  |
|---------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|-----------------------------|---|---|---|---|---|--|-------|--|--|--|--|--|
| 振込先金融機関 | ①金融機関名<br>○× 銀行 信用組合<br>信用金庫・農業協同組合 |   |   |   |   |   |   | ②支店名 (口座開設店)<br>△□ 本店<br>支店<br>支所<br>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) |   |   |   |   |   |  | ④口座名義 |  |  |  |  |  |
|         | 0                                   | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 普通                                       | カ                           | ミ | ヤ | マ | チ | コ |  |       |  |  |  |  |  |
| ③口座番号   |                                     |   |   |   |   |   |   | 注:ひとマス空ける                                |                             |   |   |   |   |   |  |       |  |  |  |  |  |

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）をお持ちのうえ、「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<br>ゆうちょ 銀行 信用組合<br>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)<br>○□八 本店<br>支店<br>支所<br>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) |   |   |   |   |   |  | ④口座名義 |  |  |  |  |  |
|           | 0                                     | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 普通   | カ                           | ミ | ヤ | マ | チ | コ |  |       |  |  |  |  |  |
| ③口座番号(7桁) |                                       |   |   |   |   |   |   | 注:ひとマス空ける  |                             |   |   |   |   |   |  |       |  |  |  |  |  |

(3) 「退職所得の受給に関する申告書」部分の記載例

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てください。その他の人は「一般」を○で囲んでください。

氏名は、退職手当金請求書と同じ氏名を記入してください。(結婚等で氏名が変更している場合は、変更後の氏名を記入してください。)

退職した年の1月1日現在の住民登録上の住所を記入してください。

平成 28 年分 退職所得の受給に関する申告書

支払者受付印

|         |                            |              |                                    |
|---------|----------------------------|--------------|------------------------------------|
| 所在地(住所) | 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号 | 氏名           | 神谷町子                               |
| 名称(氏名)  | 独 マイナンバーを記入してください。         | 現住所          | 〒145-0085 東京都大田区スギ原2丁目0番△号ニ-ハイ302号 |
| 法人番号    |                            | 個人番号         | 1234 5678 9012                     |
|         |                            | その年1月1日現在の住所 | 東京都大田区スギ原2丁目0番△号ニ-ハイ302号           |

【個人番号の取得目的】 あなたの個人番号は税務手続きに利用します。

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ることとなった年月日 | 28 年 3 月 15 日 | ④ この申告書の提出先から受ける退職手当等について(勤続期間) | 自 26 年 3 月 1 日 年<br>至 28 年 3 月 15 日 3 |
| ② 退職の区分等                | ○ 一般          | 生活扶助の有無                         | ○ 有                                   |

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○で囲んでください。

退職した年の1月1日現在で生活保護を受けている場合は、このB欄に記載してください。

|         |         |              |                      |
|---------|---------|--------------|----------------------|
| 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | ⑤ ③と④の通算勤続期間 | 自 年 月 日 年<br>至 年 月 日 |
|---------|---------|--------------|----------------------|

・遺族請求の場合は、申告書の記入は不要です。  
・相続人請求の場合は、退職者本人の氏名・住所を記入してください。

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)に退職手当等の支払を受けることとなった年月日

|         |         |
|---------|---------|
| 自 年 月 日 | 至 年 月 日 |
|---------|---------|

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(③)に通算された前回の勤続期間 | 現住所は、退職手当金請求書の住所と同一の住所を記入してください。 | 自 年 月 日 年<br>至 年 月 日 |
| ⑨ Bの退職手当等について(④)に通算された前回の勤続期間 |                                  | 自 年 月 日 年<br>至 年 月 日 |

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。

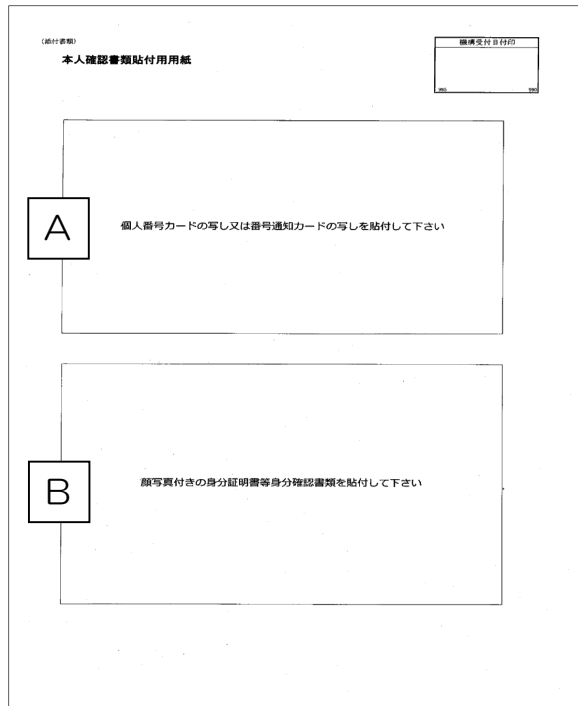
| 区分 | 退職手当等の支払を受けることとなった年月日 | 収入金額 | 源泉徴収額    |          | 特別徴収税額 | 支払いを受けた年月日 | 退職の区分 | 支払者の所在地(住所)・名称(氏名) |
|----|-----------------------|------|----------|----------|--------|------------|-------|--------------------|
|    |                       |      | 市町村民税(円) | 道府県民税(円) |        |            |       |                    |
| B  | :                     | :    |          |          |        | :          | 一般    |                    |
| C  | :                     | :    |          |          |        | :          | 障害    |                    |

注意 1 この申告書は、退職手当等です。また、市町村民税及び道府県民税の申告書とあわせて提出してください。  
2 Bの退職手当等がある人は、このD欄にも記載してください。

・③の勤続期間は、共済制度の加入期間と読み替えますので、加入年月日(自)と退職年月日(至)を記入し、その年数(1年未満は切上げ)を記入してください。この例の場合は、2年1か月ですので、3年となります。  
・継続異動をした場合は、最初の加入年月日と退職年月日を記入してください。  
・合算申出をした場合は、未加入期間があっても、最初の加入年月日と退職年月日を記入してください。(未加入期間は機構において除きます。)

※③の勤続期間の年数は、退職所得控除額を求める年数となりますので、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。  
< 27ページ参照 >

(4) 『本人確認書類』について(本人確認書類貼付用用紙)



- ・個人番号を記載するに当たっては本人確認が必要となりますので、以下の書類を提出してください。
- ・退職者(請求者)ご本人が書類を準備し、写しを貼付してください。

**A 「番号確認書類」**

| 番 号 確 認 書 類  |
|--|
| 個人番号カード(写)<br>※ <u>両面</u> の写しが貼付されている場合は、<br>身元確認書類は不要 |
| 番号通知カード(写)   |
| 個人番号が記載された住民票の写し                                       |

**B 「身元確認書類」**

| 身 元 確 認 書 類 (B)           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1枚で良いもの<br>(顔写真付きの証明書の写し) | 2つ以上の組み合わせが必要なもの<br>(下記の書類の写し) |
| 運転免許証                     | 健康保険被保険者証                      |
| 運転経歴証明書                   | 雇用保険被保険者証                      |
| パスポート                     | 年金手帳                           |
| 身体障害者手帳                   | 児童扶養手当証書                       |
| 精神障害者保健福祉手帳               | 特別児童扶養手当証書                     |
| 療育手帳                      | 公共料金の領収書                       |
| 在留カード                     | 納税証明書                          |
| 特別永住者証明                   | 印鑑登録証明書                        |
| 介護支援専門員登録証明書              | 戸籍の附票、戸籍謄本・抄本                  |
| 住民基本台帳カード                 | 住民票の写し                         |
|                           | 住民票記録事項証明書                     |
|                           | 母子健康手帳                         |
|                           | 給与等源泉徴収票                       |



(5) 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  |  |  |
| 28    | 3 | 15 |  |  |

- ・ 日給6,000円、週5日勤務(雇用契約上の金額・勤務日数)
- ・ 平成28年3月15日に退職
- ・ 11月と12月は出勤日数が10日以下

× 退職日が末日でないのに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           |       | 28年 3月          | 1     | 0 | 3 | 4 | 6 | 2 |           |  |  |  |
| 11月<br>12月                       | 02 | 育児休業開始日       |       | 28年 2月          | 1     | 5 | 8 | 6 | 9 | 2 |           |  |  |  |
|                                  |    | 育児休業終了日       |       | 28年 1月          | 1     | 6 | 5 | 3 | 1 | 1 |           |  |  |  |
|                                  |    |               |       | 27年 12月         |       | 5 | 3 | 4 | 1 | 1 |           |  |  |  |
|                                  |    |               |       | 27年 11月         |       | 5 | 8 | 6 | 9 | 3 |           |  |  |  |
|                                  |    |               |       | 27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  |  |  |
| 28    | 3 | 15 |  |  |

◎ 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           |       | 28年 2月          | 1     | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 |           |  |  |  |
| 11月<br>12月                       | 02 | 育児休業開始日       |       | 28年 1月          | 1     | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 |           |  |  |  |
|                                  |    | 育児休業終了日       |       | 27年 10月         | 1     | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 |           |  |  |  |
|                                  |    |               |       | 27年 9月          | 1     | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 |           |  |  |  |
|                                  |    |               |       | 27年 8月          | 1     | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 |           |  |  |  |
|                                  |    |               |       | 27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  
< 25ページ参照 >

× 誤った記載例 (ケース2)

| 退職年月日 |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|
| 年     | 月 | 日 |   |   |
| 2     | 8 | 3 | 3 | 1 |

- ・ 月給193,500円で特殊業務手当15,480円の職員
- ・ 平成28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<br>( ) |   |   |   |   |   |   |
|                                  |   | 1. 新規         | 2. 変更 |        |       |   |   |   |                 |   |   |   |   |   |   |
| 月名                               | 計 | 出 産 日         |       | 28年 2月 | 1     | 9 | 3 | 5 | 0               | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   |               |       | 28年 1月 | 1     | 9 | 3 | 5 | 0               | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   | 育児休業開始日       |       | 27年12月 | 1     | 9 | 3 | 5 | 0               | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   |               |       | 27年11月 | 1     | 0 | 1 | 3 | 5               | 7 |   |   |   |   | 0 |
|                                  |   | 育児休業終了日       |       | 27年10月 | 1     | 9 | 3 | 5 | 0               | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   |               |       | 27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 |   |   |
| 2     | 8 | 3 | 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  
< 24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<br>(特殊業務手当) |   |   |   |   |   |   |
|                                  |   | 1. 新規         | 2. 変更 |                 |       |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |
| 月名                               | 計 | 出 産 日         |       | 28年 3月          | 1     | 9 | 3 | 5 | 0                    | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   |               |       | 28年 2月          | 1     | 9 | 3 | 5 | 0                    | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   | 育児休業開始日       |       | 28年 1月          | 1     | 9 | 3 | 5 | 0                    | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   |               |       | 27年12月          | 1     | 9 | 3 | 5 | 0                    | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   | 育児休業終了日       |       | 27年11月          | 1     | 9 | 3 | 5 | 0                    | 0 | 1 | 5 | 4 | 8 | 0 |
|                                  |   |               |       | 27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)  
< 27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  |  |  |
| 28    | 3 | 31 |  |  |

- ・ 月給167,400円の職員
- ・ 平成28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、扶養手当等はありません  
 < 24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                              | 27 | 10 | 00 | 5             | 27年11月 | 1  | 6     | 7            | 4 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 12月<br>1月<br>2月<br>3月   | 04 | ○     |       | 育児休業開始日                          | 27 | 12 | 00 | 1             | 27年 9月 | 1  | 6     | 7            | 4 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
|                         |    |       |       | 育児休業終了日                          | 28 | 03 | 31 | 1             | 27年 8月 | 1  | 6     | 7            | 4 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
|                         |    |       |       | 27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  |  |  |
| 28    | 3 | 31 |  |  |

| 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 |        |       |        |   |   |   |   |  |  |
|-------------------------|----|-------|-------|-----------------|--------|-------|--------|---|---|---|---|--|--|
| 月名                      | 計  | 1. 新規 | 2. 変更 | 出産日             | 年月     | 俸給表の額 | 俸給の調整額 |   |   |   |   |  |  |
| 00                      | 00 | ○     |       | 出産日             | 28年 3月 | 1     | 6      | 7 | 4 | 0 | 0 |  |  |
|                         |    |       |       | 育児休業開始日         | 28年 2月 | 1     | 6      | 7 | 4 | 0 | 0 |  |  |
|                         |    |       |       | 育児休業終了日         | 28年 1月 | 1     | 6      | 7 | 4 | 0 | 0 |  |  |
|                         |    |       |       | 27年 12月         | 1      | 6     | 7      | 4 | 0 | 0 |   |  |  |

◎ 育児休業期間は欠勤扱いとはなりませんので、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  
 < 28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、退職届、請求書・合算申出書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)<br>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)<br>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<br>③ 内縁の妻又は夫の戸籍謄本<br>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)<br>② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本<br>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)<br>④ 被共済職員と請求者(受給権者)の身分関係及び先順位の遺族がいなくても証する戸籍謄本(除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む)<br>⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者(受給権者)が除籍されている場合は、請求者(受給権者)の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本   |
|          | 3 父母      |   |
|          | 4 孫       |   |
|          | 5 祖父母     |   |
|          | 6 兄弟姉妹    |   |
| 7 その他の親族 |           |   |
| 第3グループ   | 8 子       | ① 死亡診断書(写)<br>② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本<br>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くても証する「生計維持に関する調査書」(様式11号)<br>④ 被共済職員と請求者(受給権者)の身分関係及び先順位の遺族がいなくても証する戸籍謄本(除籍謄本、改製原戸籍謄本を含む)<br>※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<br>⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者(受給権者)が除籍されている場合は、請求者(受給権者)の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本 |
|          | 9 父母      |   |
|          | 10 孫      |   |
|          | 11 祖父母    |   |
|          | 12 兄弟姉妹   |   |

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・合算申出書』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・合算申出書』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。

エ. 個人番号(マイナンバー)について

社会保障・税番号制度(マイナンバー制度)が導入され、税務署等に法定調書を提出する場合は、被共済職員と遺族(請求者)の個人番号が必要となりますので、それぞれの「個人番号カード(写)」または「個人番号が記載された住民票の写し」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→様式第7号の添付書類)

(様式11号)

**生計維持に関する調査書**

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

共済契約者 印

故 殿の死亡当時(平成 年 月 日)、次の項目に該当する者は下記のとおりです。

| 区 分                                      | 該当者名(敬称) |
|--|----------|
| (1) 扶養手当上の扶養親族<br>① 該当あり<br>② 該当なし       |          |
| (2) 医療保険(被用者保険)の被扶養者<br>① 該当あり<br>② 該当なし |          |
| (3) 税法上の扶養控除対象者<br>① 該当あり<br>② 該当なし      |          |
| (4) 同居の親族<br>① 該当あり<br>② 該当なし<br>③ 不明    |          |

(様式12号)

**委 任 状**

受 任 者 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、都合により上記の者を代理人と定め、退職手当共済契約に基づく退職手当金の請求及び受取に関する権限を委任します。

年 月 日

委 任 者 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

(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<br>(直系卑属)<br><br>※孫は代襲相続の場合のみ | 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)<br>※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<br>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<br>(直系尊属)                  | ① 第1順位の①に同じ<br>② 被共済職員と請求者(受給権者)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)<br>※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<br>③ 上記②の戸籍謄本より請求者(受給権者)が除籍されている場合は、請求者(受給権者)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」として届け出ることになります。(退職理由区分< 86 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ていますが、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。