

## 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。<📖 106～109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<📖113～115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< 41 ページ参照 >

電子届出システムで  
作成・提出できます!

## 職員を採用したとき

職員を採用し、その職員が加入要件< 13～15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 50～53ページ参照 > < 加入届 56～57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< 58～61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< 50～53ページ及び56～57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< 83～35ページ参照 >)
- (3) 継続異動の利用(利用条件は< 83～35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」(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< 83～105ページ及び124～129ページ参照 >

【合算制度の手続きの流れ】

「合算制度利用申出書」(約款様式第7号の3)をご作成のうえ、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< 88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< 58～61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< 67～68ページ参照 >

電子届出システムで  
作成できます!

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< ㊦3～5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< ㊦3～5ページ参照 >、申出施設< ㊦3～5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< ㊦43～49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。 < ㊦50～53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。 < ㊦56～57ページ参照 >	機構
職員が退職した (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) 被共済職員退職届、退職手当金請求書にてご報告ください。 < ㊦83～105ページ参照 >	業務委託先
	(合算制度を利用したい) 被共済職員退職届、合算制度利用申出書にてご報告ください。 < ㊦33ページ及び88ページ参照 >	
	(継続異動制度を利用したい) 共済契約者間継続職員異動届にてご報告ください。 < ㊦34ページ及び58～61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 (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。 < ㊦50～53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 < ㊦62～64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 < ㊦65～66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 他の経営者から社会福祉施設等を移管されたとき 特定介護保険施設等又は申出施設等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。 < ㊦43～49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 法人を解散したとき 経営者が交替したとき 社会福祉施設等又は特定介護保険施設等のすべてを他の経営者に移管したとき	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。 < ㊦54～55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 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) 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 平成28年4月1日以降の加入者について共	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
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	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。 < 67～68ページ参照 >	機構
共済契約対象施設・事業の名称、所在地又は種類が変わったとき		
共済契約証書を紛失、き損したとき		
共済契約対象施設等の一部を廃止又は休止したとき	共済契約対象施設等一部廃止等届にてご報告ください。 < 69～70ページ参照 >	機構
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		
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や措置入所障害児関係業務従事職員数の見込数が、確定した当該職員数と異なっていたとき	措置入所障害児関係業務従事職員数・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	様式名	根拠規定	ページ
第 1 号	施設等新設届・申出書 (別紙)施設等新設届・申出書職員名簿	第4条の2 第4条の3	43～49
第 2 号	掛金納付対象職員届	第18条第1項 第19条 第26条	50～53
第2号の2	措置入所障害児関係業務従事職員数・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 第16条	54～55
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	56～57
第 7 号	被共済職員退職届	第19条 第21条第1項 第26条 第38条第1項	90～101
第7号の2	退職手当金請求書 ※P87の退職手当金請求書等提出前チェックリストを必ずご活用下さい。	第38条	90～101
第7号の3	合算制度利用申出書 ※P87の退職手当金請求書等提出前チェックリストを必ずご活用下さい。	第35条第8項、第38条	掲載省略
第 8 号	共済契約者間継続職員異動届	第22条第1項	58～61
第 9 号	共済契約対象(外)施設等異動届	第22条の2第1項	62～66
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 第50条第1項	67～68
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 (別紙)共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿	第25条	69～70
第 1 3 号	退職手当共済契約解除通知書	第31条第3項	72～76
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	72～76
第14号、15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

## 別添様式

	様式名	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する書類)	77
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< 113 ページ参照 >

\*施設等新設届・申出書の記載上の留意点（1 / 7）\*



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

施設等新設届・申出書

（約款様式第1号）

平成〇〇年 4月10日  
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

◎この記届出は、一部を共济契約者控として必ず添付してください。  
◎下部記載の（添付書類）を必ず添付してください。  
◎添付書類の提出は、提出した時点で済みます。

次のとおり施設・事業について

施設区分	1	社会福祉施設等として新設しました。
	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○をしてください。

共济契約者番号					
1	3	0	△	0	X

共济契約者番号がわからない際は掛金納付対象職員届で確認してください。

共济契約者	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(電話番号)	03-3438-0△×△	

343	新設・申出年月日	348
〇	〇	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。

10	施設番号	12	70	名称	139	種類	種類コード
				特別養護老人ホーム 虎ノ門苑		特別養護老人ホーム	3

上記「種類」が、軽費老人ホームの場合のみ、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せん。（施設区分「1. 社会福祉施設等」となります。）  
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。（施設区分「2. 特定介護保険施設等」となります。）

所在地				県外コード
郵便番号	105-8486			
東京都港区虎ノ門4-3-13				

4	入所定員(利用定員)	職員配置基準数	職員総数	被共济職員数	被共济職員の内訳					加入できない職員			
	7	331	332	336	337	341	新規採用	配置換職員	契約対象外施設から復帰	継続異動	合算申出	雇用期間1年未満	労働時間2/3未満
	60	23	42	26			9	15		1	1	4	12

5	※申込施設が「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」に該当する場合は右記にもご記入ください	給与支払遅延の有無	当該施設等が共济契約を締結していたことの有無	※申込施設が下記①に該当する場合、右記にもご記入ください	特定職員数	※申込施設が下記②に該当する場合、右記にもご記入ください	措置入所障害児関係業務従事職員数
		有(無)	有・無	有の場合解除年月日 年 月 日	349	35	

【記入上の留意点】  
 \*① 今次申込施設が左欄の事業であって、左欄の事業と右欄（特定社会福祉事業）を併設し、右欄の事業割合が1/3以上2/3未満であるとき、特定職員数を算出し、ご記入ください。（算出方法については別添をご参照ください）

左欄	(児童関係) 障害児通所支援事業 (高齢者関係) 老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 (障害者関係) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援	右欄	児童自立生活援助事業 小規模住居児童養育事業 小規模保育事業 認定生活困窮者就労訓練事業
----	--	----	---

\*② 障害児入所施設であって、かつ児童福祉法第27条第1項の規定により同項第3号の措置がとられている児童に係る業務に従事することを要する者にかかる部分（措置入所障害児関係業務従事職員数）は公費助成の対象となります。「措置入所障害児関係業務従事職員数」を記入してください。（※「措置入所障害児関係業務従事職員数」の求め方については留意事項を参照してください。）

10	【添付書類】	【確認事項】
	1 職員名簿（別紙） 2 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類 (1) 「許可書」（写）又は「指定通知書」（写） (2) 「許可書」（写）及び「許可申請書」（写） (3) その他、業務委託契約書等 (4) 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 (5) 法令により許可可・届出の必要がない場合は、右の確認事項が明記 ① 「法人の定款」（写） ② 「定款変更申請書」（写）及びその他の書類	ア. 施設・事業の名称 イ. 所在地 ウ. 施設・事業の種類 エ. 入所（利用）定員 オ. 開始年月日 カ. 許可可、届出年月日 ※申出施設については、「ウ」「エ」「カ」は不要です

カードNO.	3
1	

は記入しないでください。

様式第一号

\*施設等新設届・申出書の記載上の留意点（2 / 7）\*

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 / 7）\*

⑧ 特定職員数

- 以下①(※)の事業(特定介護保険施設等)のいずれかと、以下②(※)の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、当該事業所職員がどちらかの業務を行う職員が明確に区別できないような場合であって、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。)

※①…(児童関係)障害児通所支援事業、(高齢者関係)老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業、(障害者関係)居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援

※②…児童自立生活援助事業、小規模住居児童養育事業、小規模保育事業、認定生活困窮者就労訓練事業

手順1. 特定社会福祉事業割合を計算してください。

$$\text{特定社会福祉事業割合} = \frac{\text{前年度の当該事業所における特定社会福祉事業に係る収入額}}{\text{前年度の当該事業所における収入額}}$$

(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 障害児通所支援事業の収入 : 1,000万円  
 小規模住居児童養育事業の収入: 500万円  
 当該施設の被共済職員数 : 10人

手順1.

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

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

手順2.

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

小数点以下は切り捨てとなるため、特定職員数は3人となります。

⑨ 措置入所障害児関係業務従事職員数

→ 10～11ページを参照のうえ、算出し、記入してください。

\*施設等新設届・申出書の記載上の留意点（4 / 7）\*

⑩ 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 ( 5 / 7 ) \*

『(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(事業の新設・申出日時点で在籍している職員について、施設・事業毎に作成してください。)

\* 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)が空白の場合は、必ず計欄に「0」と記入してください。

職員番号	職員氏名	性別	生年月日	職種の番号	職種の名称	加入(合算)年月日	退職(離職)年月日	前所属施設番号	前所属職員番号	前所属施設名称	前所属職員氏名	給与		育児休業をとった者			
												月額	計	開始年月日	終了年月日(予定日)	半年延長の理由(※)	
1	宮崎 晴彦	男	200505	施設長	特別養護老人ホーム 虎ノ門南							358000	0				
2	長野 英俊	男	351119	看護師								263800	10000	7月02	8月02		
3	北海 弘泰	男	491231	職員						(福)東京会		200000	0				
4	埼玉 優	女	600404	介護職員						(福)気仙会		215000	0				

※「」は記入しないでください。  
 (※) 半年延長の理由  
 育児休業期間の半年延長理由は次のとおりですので、該当する上記の職種の番号を○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
			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・ポイラー技士等)



\*施設等新設届・申出書の記載上の留意点（6 / 7）\*

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（7 / 7）\*

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。

「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。

職員姓名の変更の届出は、掛金納付対象職員届で報告します。  
前年度に変更が生じている場合には、必ず報告してください。

更新中  
印刷日時：平成●年●月●日 ○○：○○  
提出日時：平成●年●月●日 ○○：○○

高済別約款番号 600001 掛金納付番号 001

施設・平気課止年其月日

平成●年●月●日

掛金納付  
(地方自治体)  
(地方公共団体)  
(地方公共団体)  
平成●年●月●日

施設又は事業の名称 虎ノ門保育園 種類 保育所

施設の住所 〒105-8486 港区虎ノ門4-3-13 施設001所在地

区分	社会福祉施設等	地方公共団体等	地方公共団体等	地方公共団体等	地方公共団体等	地方公共団体等
掛金納付対象職員数	2人	2人				

担当名称 北海道 花子  
電話番号 03-3438-0222  
FAX番号 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	職	異動内容	年月日
00001	北海道 花子	昭和32.03.06	女	保育士	1.新卒加入 2.退職 3.配置転換 4.配置転換 5.別の地方公共団体等異動 6.別の地方公共団体等異動 7.嘱託員転任 8.嘱託員転任 9.介護の形態 30 介護の形態	平成30.3.1
00002	青森 弘紀	昭和36.03.27	女	事務員	1.新卒加入 2.退職 3.配置転換 4.配置転換 5.別の地方公共団体等異動 6.別の地方公共団体等異動 7.嘱託員転任 8.嘱託員転任 9.介護の形態 30 介護の形態	
00003	大平 安江	昭和22.06.29	女	保育士	1.新卒加入 2.退職 3.配置転換 4.配置転換 5.別の地方公共団体等異動 6.別の地方公共団体等異動 7.嘱託員転任 8.嘱託員転任 9.介護の形態 30 介護の形態	平成29.9.1
00009	新潟 太郎	昭和54.01.01	男	保育士	1.新卒加入 2.退職 3.配置転換 4.配置転換 5.別の地方公共団体等異動 6.別の地方公共団体等異動 7.嘱託員転任 8.嘱託員転任 9.介護の形態 30 介護の形態	平成30.4.1

このページの「職員番号」欄に職員番号を記入し、このページの「職員番号」欄に職員番号を記入し、

No. 1 発行 ●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  
提出し、それに伴う基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

様式第2号

\* 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。

**●年度  
対象職員届**

届出氏名変更届  
届(4月1日付加入の者)  
届(4月1日付復帰の者)  
届(4月1日付退職の者)

●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。

(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。

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)

所属施設名	4月1日の本俸月額		4月までの		業務従事日数が10日以下の月(風天休暇 長期間とならない月)	業務上の傷病による休業期間 (傷病引当金が適用 して可なり)	新設 変更 再登 録	出産日	開始年月日	終了年月日 (予定日)
	作給額の額	作給額の額	日数	日数						
健康保険科 702	180,000	0	29 27	00 07	0					
	200,000	0	21 20	05 09	0		平成 29.09.07	平成 29.11.03	平成 30.08.31	
	0	0			11	5/2~ 5/31				
健康保険科 999999	270,000	3,500			0					

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<□□25~27ページ参照>

従業状況欄は、退職手当金の計算基礎となる被共済  
職員期間等を報告する、とても重要な記入欄です。  
\*業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員  
期間とならない月)、業務上の傷病による休業期間  
については<□□28ページ参照>  
\*育児休業期間については<□□29~32ページ参照>

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』、『合算制度利用申出書』、『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30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の記載上の留意点 ( 1 / 2 ) \*



共済契約者が、経営するすべての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ときは、共済契約は解除されますので、『社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届』(約款様式第4号 以下「経営者でなくなった者の届」という。)を提出してください。

なお、施設・事業の経営者の変更により、変更後の経営者が引き続いて共済契約を機構と締結する者であるとき又は既に経営者との共済契約を締結している者であるときは、変更前の経営者との共済契約は解除となりますが、被共済職員は、共済制度上、退職とはならず被共済職員期間の通算が認められます。経営者の変更による場合は、『経営者でなくなった者の届』は、変更後の経営者がその提出書類と一緒に提出してください。

**社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届**

(約款様式第4号)

機構受付日付印

平成〇〇年 4月 10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。

◎ コピー部を共済契約書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。

◎ 下欄記載の添付書類を必ず添付してください。

共済契約者番号	130△○X	↑ 社会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 虎ノ門福社会	
共済契約者	出たる事業所の所在地	関係番号	105 - 8486 東京都港区虎ノ門 4-3-13		
経営者でなくなった年月日	〇〇年 〇月 〇日	事務担当者氏名	北海道花子	電話	0570-050-294
経営者でなくなった理由 (該当する記号に○)	<input type="radio"/> ア 組織変更 <input type="radio"/> オ 公益移管 <input type="radio"/> イ 法人解散 <input type="radio"/> カ 死 亡 <input type="radio"/> ウ 廃 止 <input type="radio"/> キ 変 更 <input type="radio"/> コ 停 止 <input type="radio"/> ク その他( )				
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数	名 称		被共済職員数		
	虎ノ門 保育園		4 人		
	第二虎ノ門 保育園		5 人		
備 考	変更後の共済契約者(経営者)名( )		被共済契約者番号( )		

**<添付書類>**

若し欄頭事項が明記された次のいずれかの書類

(1) 「廃止・休止届受取通知書」(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3) 市議会等により許可・届出の必要がない場合のみ、若し欄頭事項が明記された次のいずれかの書類

(1) 法人の定款(写)

(2) 定款変更申請書(写)及びその他の書類

**<記載上の留意点等>**

1 経営者でなくなったことによって退職した者があるときは、遅滞なく、「被共済職員異動届、退職手当金請求書・合算申出書(約款様式第7号、第7号の2)」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書へ添付し、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。

**欄頭事項**

ア. 施設・事業の名称 イ. 所在地  
ウ. 施設・事業の種類 エ. 廃止・休止年月日  
オ. 申出施設等については、(ウ)は不要

\* 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  
の記載上の留意点 ( 2 / 2 ) \*

- ① 経営者でなくなった年月日  
・該当年月日を記入ください。(例：廃止：廃止日、組織変更：変更年月日の前日)
- ② 経営者でなくなった理由  
・該当する記号に○をつけてください。「ク その他」の場合は、( )内に具体的な理由を記入してください。
- ③ 社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数  
・名称及び経営者でなくなった年月日直前に被共済職員であった者の人数を記入してください。
- ④ 備考 変更後の共済契約者(経営者)名 共済契約者番号  
・変更後の経営者(契約申込者)又は共済契約者(既に契約を締結している者)の名前を記入してください。  
・変更後の経営者が既に共済契約者の場合、共済契約者番号を記入してください。



1. 共済契約者が経営する社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の施設・事業の全部を廃止・休止・経営移管する場合は、『経営者でなくなった者の届』を、一部を廃止・休止・経営移管する場合は、『共済契約対象施設等一部廃止届』を提出してください。

2. 経営者でなくなったことによって退職した者があるときは、遅滞なく、『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書』または『合算制度利用申出書』を提出してください。

ただし、経営者の変更により引き続き変更後の共済契約者に係る被共済職員であったものとして取り扱われる場合は、『被共済職員退職届』及び『退職手当金請求書』または『合算制度利用申出書』を提出する必要はありません。

◎ 『経営者でなくなった者の届』の届出が必要な場合について

内 容	変 更 前 の 共 済 契 約 者	変 更 後 の 経 営 者 ( 契 約 申 込 者 )
<b>経営者が交替した場合</b> 〈例：社会福祉法人以外(平成13年3月31日以前契約)の経営から社会福祉法人経営となった場合〉	「経営者でなくなった者の届」を 変更後の経営者(契約申込者) 又は共済契約者に提出してください。	変更前の共済契約者から提出された「経営者でなくなった者の届」と一緒に「契約申込書類」及び合併契約書(写)、譲渡契約書(写)等の経営者が変更したことを証する書類を機構に提出してください。 ※変更後の経営者が既に共済契約者の場合、上記提出書類は、「契約申込書」でなく「施設等新設届・申出書」を機構に提出してください。
<b>新設合併</b> 〈2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〉		
<b>吸収合併と新規加入</b> 〈変更前の共済契約者が経営する社会福祉施設等・特定介護保険施設等の全部が、変更後の経営者が経営する社会福祉施設等・特定介護保険施設等となった場合〉		
<b>全部の施設・事業が廃止・休止</b> 〈社会福祉施設等・特定介護保険施設等の全部を廃止又は休止した場合〉	「経営者でなくなった者の届」を機構に提出してください。	



\*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いるので届出ます。

共済契約書番号 13040X	共済契約書 社会福祉法人 虎ノ門福祉会 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13 事務所電話番号 北海道 花子 03-3438-0222
施設番号 001	施設名称 虎ノ門保育園

氏名	性別	生年月日	加入年月日	職種番号	加入資格	加入理由	備考
宮崎 保	男	500225	0061	看護師06	○	198000	0
千葉 育子	女	61921	0061	保育士03	○	170000	0

① 氏名 ② 加入資格 ③ 職種番号

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まれます)

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

③ 職種番号  
「職種」欄には、以下の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員(職種番号14)については、具体的な職名を記入してください。

職種番号

名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長等	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・聴能訓練士・言語機能訓練士等	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・ポイラー技士等)			

\*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。

◎コピーを2部とり、1部を共済契約者宛として相手先に渡し、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。

被共済職員氏名		(フリガナ) ヒメウゴ ヴバサ 異		生 年 月 日	48 6 9
共済契約者番号	施設番号	採用年月日		職 種	
13040X00100	4	4		調理員 09	
氏名又は名称	社会福祉法人 虎ノ門福祉会		異動後の本俸月額		
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		異動後の本俸月額		
事務担当者氏名	北海道 花子 連絡先 電話021-3438		異動前の本俸月額		
勤務する施設又は事業所	虎ノ門 保育園		異動前の本俸月額		
共済契約者番号	130XX4	職員番号	00177	異動前の本俸月額	
氏名又は名称	社会福祉法人 霞ヶ関福祉会		異動前の本俸月額		
主たる事業所の所在地	郵便番号100-0013 東京都千代田区霞が関9-1		異動前の本俸月額		
事務担当者氏名	神谷 町子 連絡先 電話03-3738-0205		異動前の本俸月額		
勤務する施設又は事業所	霞ヶ関 保育園		異動前の本俸月額		
異動後の共済契約者		異動前の共済契約者		退職月の翌月の4月から退職までの期間において	
退職月の翌月の4月から退職までの期間において		退職月の翌月の4月から退職までの期間において		退職月の翌月の4月から退職までの期間において	
月	名	左月の計	育児休業の申請があった者		
12月		02	1 新規	出産日	ハレママ育児プラス 有・無
1月			2 変更	育児休業開始日	半年延長の理由(※) 1・2
			3 再取得	育児休業終了日	
			1 新規	出産日	ハレママ育児プラス 有・無
			2 変更	育児休業開始日	半年延長の理由(※) 1・2
			3 再取得	育児休業終了日	

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

\* 共済契約者間継続職員異動届の記載上の留意点 ( 2 / 4 ) \*

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・ポイラー・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。

様式第01号

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)

機構受付日付印

成〇〇年6月10日  
福祉医療機構理事長 様

契約対象外施設に異動する場合は「1」に〇を付けてください。

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

該当する届出区分に〇を付けてください。

共済契約者番号 130△0X	氏名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福祉会	代表者 理事長 花子	連絡先 電話 03-3438-0222
正たる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門4-3-13	共済契約者 職員番号 00014	職名 サイヤマ サクラ	生年月日 500513
別居住所 埼玉県 さくら	施設番号 001	勤務していた施設又は事業 虎ノ門保育園	備考 保育所
	施設番号 虎ノ門学童クラブ	勤務していた施設又は事業 虎ノ門学童クラブ	備考 放課後児童健全育成

1

2

3

契約対象外施設に異動した場合、記入してください。

異動月の直前の4月から異動月までの期間において 異動した施設番号(0001)と異動した施設番号(0001)との関係 月名 4月 01日	共済契約対象施設等異動届提出日 00531
異動月の出勤日数	異動した月以前の出勤日数
育児休業の申請があったもの	
1 新規 2 変更 3 高時	出勤日 異動月 異動前月
1 新規 2 変更 3 高時	出勤日 異動月 異動前月

4

＜勤務履歴＞  
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。  
(女性、当該年度に既に定款を提出してある場合は、提出の必要はありません。)

2. 共済契約対象施設等復帰の場合(異動区分「2」に〇をつけた場合に記載する欄となります。)-4/1村の復帰の場合は、この届出ではなく基金納付対象職員届で報告すること。

共済契約対象施設等 異動先	職種	復職時の本俸月額
共済契約対象施設等 復帰先	名称 施設番号 職名	備考

【注】 本年最初の届出  
異動届提出の年次届出の届出は別記のとおりです。届出する上は届出の届出を必ずご確認ください。  
 1・・・届出済みの届出も届出しているが、入居していない場合  
 2・・・届出済みの届出も届出しているが、入居している場合  
 3・・・届出済みの届出も届出しているが、入居していない場合

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



共済契約対象外施設又は事業に異動する際、被共済職員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28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33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33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

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。

共済契約対象（外）施設等異動届

平成28年8月15日  
理事長 様

1. 共済契約対象施設等へ異動した施設  
2. 共済契約対象施設等へ復帰した施設  
3. 該当する届出区分に○をつけてください。

共済契約番号 130△0X  
掛金納付対象職員届で確認してください。

職員番号 00015

氏名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福祉会  
おたる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門4-3-13  
事業所名称 北梅道 花子  
連絡先 電話 03-3438-0222

職名 主任  
長野 英俊  
1 開始 47 7 1  
2 変更  
3 異動  
4 卒業

勤務先住所 東京都港区虎ノ門4-3-13  
勤務先名称 社会福祉法人 虎ノ門福祉会  
勤務先事業 特別養護老人ホーム

1. 異動先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。)

異動月の直前の4月から異動月までの期間において		共済契約対象施設等最終在籍年月日	
月	日	年	月
04	01	47	07

異動した月以前若干月の在籍月数  
(ただし、在籍開始が月次でない場合は、在籍共済職員期間とならない月を除きます)

異動月の計画日数	年	月	日	在籍月数	在籍月数
30	47	07	01	27	27

育児休業の申請があったもの

1 申請	2 変更	3 終了	4 異動
0	0	0	0

異動先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○をつけると場合に該当する欄となります。） →4/3月の復帰の場合は、この欄ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。復帰時の在籍月数

1 異動先施設等 0000501  
2 異動先施設等 0000801  
3 異動先施設等 0000404  
4 異動先施設等 00015000

\* 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・ボイラー・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、< 64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

機情受付日付印

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 130△0X	共済契約者	氏名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福社会	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
新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

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理由	理由 [ 紛失 ]

※ 該当する事項に○をつけてください。また住所表示の変更等で共済契約者種別、施設種別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 平成 年 月 日 ]	旧	虎ノ門福社会 神谷町福社会
主たる事務所の所在地	新	郵便番号 105-8486 東京 港区 虎ノ門 4-3-13
[ 変更年月日 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	新	00 / 種類 保育園
[ 変更年月日 平成 年 月 日 ]	旧	虎ノ門保育園 神谷町保育園
所在地	新	〒105-8486 東京都港区虎ノ門 4-3-13
[ 変更年月日 平成 年 月 日 ]	旧	東京都港区神谷 4-3-13
種類	新	
	旧	

**<添付書類>**

- 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。
- 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**

- 変更年月日は、必ず記入してください。
- 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。
- 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。
- は記入しないでおください。

様式第10号

\* 共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書の記載上の留意点 ( 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 → < 40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。

◎ コピー1部を共済契約者控としてお平元に残して  
◎ 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「届付書類」を必ず届付してください。

共済契約者番号	13040X	共済契約者	先名又は名称 社会福祉法人 虎ノ門福社会	郵便番号105-8486
			主たる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門	
			事務担当氏名 北海道 花子	連絡先 03-3438-0227

↑  
掛金納付対象職員層で  
確認してください。

社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は準出施設等	施設番号		名 称	廃止・廃止 様式移管			
	年	月		日	年	月	日
	003		虎ノ門テニサービスタ	00	33	1	

② 廃止  
イ、休 止  
ウ、経営移管

被 共 済 職 員	(1) 退 職 者	1 人	(2) 引 継 (移管) 職 員	1 人
	(3) 配 置 換 職 員	2 人	(4) 続 続 異 動 職 員	1 人
	(5) 共済契約対象外施設等への異動職員	1 人	(6) 合 算 申 出 職 員	1 人
			合 計	5 人

備 考  
経営移管後の  
共済契約者（経営者）名（  
共 済 契 約 者 番 号（

**<届付書類>**

- 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・被共済職員届出届（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**

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

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上お記入してください。

職員番号	所属施設番号 1/3040X	施設番号	職員の属性		職員の氏名	性別	生年月日	職種の名称	職種の番号	職種の内容	所属施設の種類 (施設番号・企業名がある場合は併記してください)	所属施設の種類番号
			1 社会福祉施設等 2 特定介護施設等 3 準介護施設等	4 施設の種類								
00009	福岡 良太	42/1/23	男	介護職員	04	1. 介護(介護や生活介助) 2. 記録(記録) 3. 配膳 4. 掃除 5. 契約対象外施設等業務	(福)神谷会 1/3040X					
00013	千葉 育子	43/8/19	女	事務員	10	1. 記録(記録) 2. 記録(記録) 3. 配膳 4. 掃除 5. 契約対象外施設等業務						
00020	秋田 千恵	59/7/11	女	介護職員	04	1. 介護(介護や生活介助) 2. 記録(記録) 3. 配膳 4. 掃除 5. 契約対象外施設等業務	虎門苑 005					
00042	山口 健太	59/9/03	男	介護職員	04	1. 介護(介護や生活介助) 2. 記録(記録) 3. 配膳 4. 掃除 5. 契約対象外施設等業務	虎門 111111 008					
00062	奈良 恵	60/5/17	女	介護職員	04	1. 介護(介護や生活介助) 2. 記録(記録) 3. 配膳 4. 掃除 5. 契約対象外施設等業務	(福)青森会 020XXX					

※ には記入しないでください

M E M O



\*退職手当共済契約解除通知書の記載上の留意点\*



共済契約者は、共済契約を解除するときは、『**④**退職手当共済契約解除通知書』（約款様式第13号）に被共済職員の従業状況報告及び当該解除の同意があったことを証する書類を添付のうえ、機構に提出してください。

**契約解除（全施設の場合）**

退職手当共済契約解除通知書

(約款様式第13号)

平成 00年 3月 31日  
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

職場受付日付印

次のとおり、全ての被共済職員の同意を得たので共済契約を解除します。

共済契約者番号 130ΔOX	共済契約者 ↑ 拠金納付対象職員名簿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
		郵便番号 105-8486 主たる事務所の所在地 東京都港区虎ノ門4丁目3番12号 ヒューリック神谷ビル9階
		事業所別名称 北海道 花子 課長 電話 0570-051-29
①	解除年月日	平成00年 3月 31日
②	解除日における被共済職員数	7人
③	解除の理由 [具体的に記入してください]	今後、法人独自の退職金制度で対応していくこととしたため
④	<添付書類> 1 退職手当共済契約を解除する全ての被共済職員（解除日に退職する職員も含む。）についての同意書を別添作成し、添付してください。 2 被共済職員であった者の従業状況報告書を別添作成し、添付してください。 <記載上の留意点> 1 この通知書により共済契約が解除になった場合は、退職手当金が支給されません。 2 部分解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第13号の2）」を使用してください。	

① 解除年月日  
解除年月日は、必ずご記入ください。解除の対象となる被共済職員は、解除年月日をもって被共済職員でなくなります。

② 解除における被共済職員数  
解除年月日における被共済職員数（※退職する職員を含みます。）をご記入ください。

③ 解除の理由  
解除の理由については具体的にご記入ください。

④ 添付書類(74ページ参照)  
解除同意書、従業状況報告書を添付してください。

様式第13号

◎共済契約が解除又は部分解除になった場合、当該解除に同意した被共済職員は、解除日で被共済職員でなくなりますが、**退職手当金は支給されません。**

＊退職手当共済契約部分解除通知書の記載上の留意点＊



共済契約者は、共済契約を部分解除するときは、『**①**退職手当共済契約部分解除通知書』(約款様式第13号の2)に当該被共済職員の従業状況報告及び当該解除の同意があったことを証する書類を添付のうえ、機構に提出してください。

**部分解除 (範囲限定の場合)**

退職手当共済契約部分解除通知書  
(約款様式第13号の2)

平成 00年 3月 31日  
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

○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「届出書類」を必ず添付してください。

特定介護保険施設等又は申出施設等のうち以下の施設等については被共済職員の同意を得たので、退職手当共済契約のうち当該同意を得た被共済職員に関する部分を解除します。

共済契約者番号 130ΔOX	共済契約者 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 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13	事務担当者の氏名 北海道 花子	連絡先 〒070-0501
-------------------	----------------------------------	--	--------------------	------------------

① 被共済員名で確認

②

解除年月日	施設番号	名称	解除する部分 (該当番号に○をつけてください)	被共済員数
平成00年3月31日	005	障害者支援施設 虎ノ門園	1. 施設全体の被共済職員 2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員 第1 3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 第2 4. 施設転換後の被共済職員	7人
	006	虎ノ門園 (就労継続支援)	1. 施設全体の被共済職員 2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員 第1 3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 第2 4. 施設転換後の被共済職員	6人

③

解除の理由 (具体的に記入してください)  
平成28年4月1日以降に加入した被共済職員については、今後、法人独自の退職金制度で対応していくこととしたため

④

「届出書類」  
1. 退職手当共済契約を解除する全ての被共済職員(解除日に退職する職員を含む。)についての同意書を作成し、添付してください。  
2. 被共済職員であった者の就業状況報告書も添付を作成し、添付してください。

<記載上の留意点>  
1. この通知書により退職手当共済契約部分解除になった場合は、退職手当金が支給されません。  
2. 退職手当共済契約(全部)の解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約解除通知書(約款様式第13号)」を使用してください。  
3. 「1」. 施設全体の被共済職員」については、「特定介護保険施設等」又は「障害者支援施設等」の解除する施設・事業単位で業務に受事する全ての被共済職員に関する部分の解除となります。  
4. 「2」. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員」については、経歴情報の対象となる施設(※)の業務に受事する平成18年4月1日以降加入した被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経歴情報の対象とならない平成18年4月1日以降に加入した特定介護老人ホーム等の「特定介護保険施設等」では、「平成18年4月1日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。  
(※1) 共済契約者が、平成18年3月31日までに開設(開設に加入している施設)した次の施設・事業を行います。  
特定介護老人ホーム、軽費老人ホーム(※介護保険法の規定に準ずるもの)、老人福祉センターの中の老人デイサービス事業、老人デイサービスセンター、老人短期入居施設、老人特別介護等事業、認知症対応型老人共同生活援助事業(グループホーム)。  
5. 「3」. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員」については、経歴情報の対象となる施設(※)の業務に受事する平成28年4月1日以降加入した被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経歴情報の対象とならない平成28年4月1日以降に開設した障害者支援施設等の「特定介護保険施設等」では、「平成28年4月1日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。  
(※2) 共済契約者が、平成28年3月31日までに開設(開設に加入している施設)した次の施設・事業を行います。  
障害者支援施設等、障害者入居施設、障害者支援施設、居宅介護事業、重症対応介護事業、利用支援事業、行動援護事業、療養介護事業、生活介護事業、自立訓練事業、就労移行支援事業、就労継続支援事業、向かい型居宅介護事業(グループホーム)、移動介護事業、地域活動支援センター、福祉ホーム、短期入居事業、居宅介護等併存型介護事業

**② 解除対象となる施設番号、施設名称  
解除する部分、被共済職員数**

解除対象となる施設番号、施設名称  
をご記入ください。

解除する部分の該当番号1～4に○を  
つけてください。

「1」に該当するのは、  
特定介護保険施設等及び申出施設等  
に限りです。

「2」に該当するのは、  
事業の開始及び機構への届出が、平成  
18年3月31日までにされている  
特定介護保険施設等(特別養護老人ホ  
ーム等)に限りです。

※平成18年4月1日以降に申し出た特  
定介護保険施設等(特別養護老人ホ  
ーム等)の場合は、「2」に○をつけることは  
できません。

「3」に該当するのは、  
事業の開始及び機構への届出が、平成  
28年3月31日までにされている  
特定介護保険施設等(障害者支援施設  
等)に限りです。

※平成28年4月1日以降に申し出た特  
定介護保険施設等(障害者支援施設等)の  
場合は、「3」に○をつけることはできま  
せん。

「4」に該当するは、  
養護老人ホームから軽費老人ホーム  
(介護保険法の規定に基づく指定を  
受けているもの)、又は軽費老人ホ  
ーム(介護保険法の規定に基づく指定を  
受けていないもの)から軽費老人ホ  
ーム(介護保険法の規定に基づく指定を  
受けているもの)へ施設を転換する場  
合について、転換日以降の加入者のみ  
の解除が可能となります。

「解除同意書」・「従業員状況報告書」

※退職手当共済契約解除通知書及び退職手当共済契約部分解除に係る共通添付書類

解除同意書

(※解除同意書は、施設毎に作成してください。)

職員番号	被共済職員氏名	生年月日	同意年月日	職階
1		昭和 平成	年 月 日 平成 年 月 日	
2		昭和 平成	年 月 日 平成 年 月 日	
3				
4				
5		昭和 平成	年 月 日 平成 年 月 日	
6		昭和 平成	年 月 日 平成 年 月 日	
7				

解除同意書

◎対象となる被共済職員全員の解除同意を得られないと解除手続きはできません。

※解除日(解除通知書に記載)は、最後に署名した解除同意者の同意年月日以降の解除日をご記入ください。

◎必ず解除対象となる職員本人の自署による署名・捺印が必要です。

※氏名のパソコン作成印刷、ゴム印等は、同意書と認められませんのでご注意ください。

従業員状況報告書

(従業員状況報告書は施設ごとに作成してください)

職員番号	職員氏名	生年月日	退職事由		退職日		退職金		退職金	
			1	2	1	2	1	2	1	2
14										
15		平成	年	月	日					
16		昭和 平成	年	月	日					
17		昭和 平成	年	月	日					
18		昭和 平成	年	月	日					
19		昭和 平成	年	月	日					
20		昭和 平成	年	月	日					

従業員状況報告書

〈留意点〉

◎解除対象者は、解除日で退職する場合も同意が必要となります。解除対象者は、解除日で被共済職員でなくなりますが、**退職手当金は支給されません。**

◎解除日より前の日付で実際に退職等により被共済職員でなくなる者は、解除同意を得る必要はありませんが、不正防止等の観点から退職等の事実確認(※雇用保険等の資格喪失確認通知書、辞令等の写し)のご協力をお願いします。

※引き続き1年以上被共済職員であった者が、解除されたことにより被共済職員でなくなった日から起算して5年以内に再び被共済職員となり、引き続き1年以上被共済職員であったときは、被共済職員期間の通算又は合算の取り扱いがあります。〈解除に伴う通算・合算35ページ参照〉

(注) 半年以上の期間、労務管理上の半年以上の経過は天日とあり、該当する上記の欄の署名を必ずおこなってください。  
 1 保育所に入所を希望しているが、入所できない場合  
 2 卒の資格を持っている配偶者等であって、1 歳以降子を養育する予定であったものが、死亡・長期・長期等の事由により卒を養育することが困難になった場合

## ○共済契約者が行う契約解除及び部分解除の範囲について



共済契約者は、その経営する特定介護保険施設等又は申出施設等の業務に従事するすべての被共済職員の同意を得たときは、当該退職手当共済契約のうち当該同意を得た被共済職員に関する部分を解除することが出来ます。ただし、**解除手続きが可能な解除の範囲かどうかは、次表でご確認ください。**

施設区分 解除の範囲	社会福祉施設等	特定介護保険施設等 (特別養護老人ホーム等)		特定介護保険施設等 (障害者支援施設等)		申出施設等
		平成18年度 制度改正前 対象施設①	平成18年度 制度改正後 対象施設②	平成28年度 制度改正前 対象施設③	平成28年度 制度改正後 対象施設④	
全ての施設の被共済職員	○ ※この場合、 <u>部分解除</u> でなく <u>契約解除</u> （約款様式第13号）となります。					
施設全体の被共済職員	×	○	○	○	○	○
平成18年4月1日以降に加入した被共済職員	×	○	×	×	×	×
平成28年4月1日以降に加入した被共済職員	×	×	×	○	×	×
共済契約者が任意に希望する日（※上記以外の日付）以降に加入した被共済職員	×					
	※上記「○」以外で解除の範囲を任意に決めることはできません。					

注) 1. 上記①の「特別養護老人ホーム等」とは、制度改正施行日の前日（平成18年3月31日）までに開設し、契約対象となっていた次の施設・事業となります。

特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム（介護保険の規定に基づく指定に係るもの）、老人福祉センターの中の老人デイサービス事業、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人居宅介護等事業（ホームヘルプ）及び認知症対応型老人共同生活援助事業（グループホーム）

2. 上記②は、制度改正施行日（平成18年4月1日）以降、「特定介護保険施設等」として申出し、契約対象となった特別養護老人ホーム等（※施設一覧4～6ページ参照）となります。

3. 上記③の「障害者支援施設等」とは、制度改正施行日の前日（平成28年3月31日）までに開設し、契約対象となっていた次の施設・事業となります。

障害児入所施設、障害児通所支援事業（児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援等）、障害者支援施設、居宅介護事業、行動援護事業、重度訪問介護事業、重度障害者等包括支援事業同行援護事業、短期入所事業（ショートステイ）、同行援護事業、療養介護事業、生活介護事業、自立訓練事業、就労移行支援事業、就労継続支援事業、共同生活援助事業（グループホーム）、移動支援事業、地域活動支援センター及び福祉ホーム

4. 上記④は、制度改正施行日（平成28年4月1日）以降、「特定介護保険施設等」として申出し、契約対象となった障害者支援施設等（※施設一覧4～6ページ参照）となります。

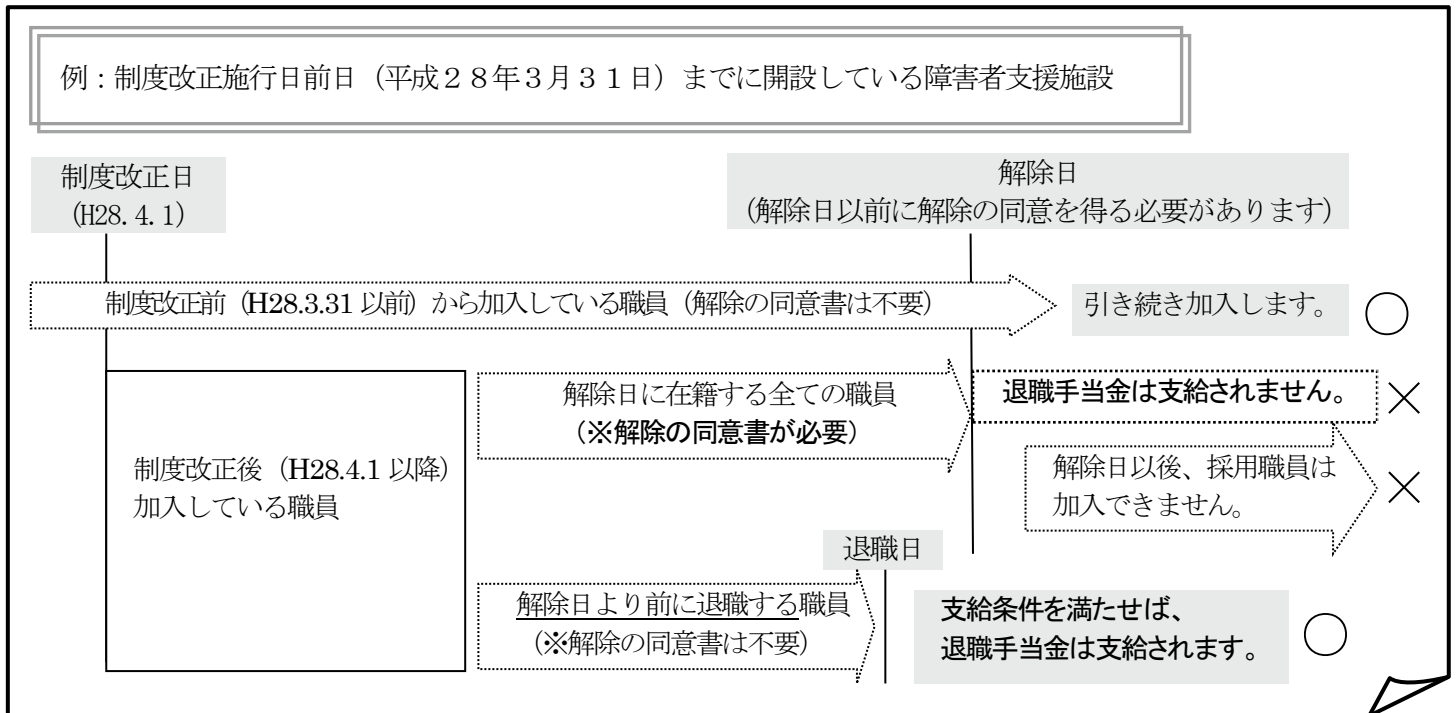


### 上記以外の部分解除

養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険法の規定に基づく指定を受けているもの）、又は、軽費老人ホーム（介護保険法の規定に基づく指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険法の規定に基づく指定を受けているもの）へ施設を転換した場合について、転換日以降の加入者のみの解除が可能となります。

## ○ 共済契約者が行う部分解除の検討に際し、ご留意いただきたいこと

例：制度改正後（平成28年4月1日以降）に加入した被共済職員を部分解除する場合



ご検討の際、ご留意いただきたいこと (□のチェック欄でご確認してみてください。)

- 職員の処遇に関わる大切なことですので、職員の方ともよくご相談ください。
- 解除に同意した被共済職員 (※解除日に退職する職員も同意が必要です) は、退職手当金は支給されません。ただし、解除に伴う通算・合算については、< 33ページ >を参照してください。
- 財政方式は、積立方式ではなく、賦課方式のため、解除に伴う掛金の返戻はありません。
- 現状の経営している施設だけでなく、将来の事業展開を踏まえ、ご検討ください。

(例：障害者支援施設を部分解除 (※制度改正後に加入した職員) してから数年後、2つ目の障害者支援施設を開設した場合、2つ目の障害者支援施設は、どうしますか？)

**事例1 制度の対象とする場合：**「施設等新設届・申出書 (約款様式第1号)」を機構に提出してください。ただし、制度改正後に採用した職員について、加入要件がある場合、加入させることとなります。制度改正前の被共済職員のみ加入させることはできません。

**事例2 制度の対象としない場合：**特に手続きはありません。契約対象外の施設となります。制度改正前の被共済職員が配置換えとなった場合、制度上は退職となります。

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

共済契約者番号（ 〇〇〇〇〇〇 ）

共済契約者名 社会福祉法人〇〇福祉会 (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 〇〇保育所 施設番号 002
2. 休業者 職員番号 〇〇〇〇〇 氏名 神谷 まち子（生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日）
3. 発生日時 平成 〇〇 年 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 （具体的に記入してください）  
〕
7. 労災認定（有・無・申請中）（※いずれかに〇をつけてください）
8. 休業期間の給与支払（有・無）（※〇をつけてください）  
※休業期間中（業務上の負傷又は疾病によるもの）に給与が支払われている場合は「有」に該当しますが、健康保険の傷病手当金・年次有給休暇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（   年   月   日から   年   月   日）  
※直前の4月から3月末の期間について記入してください。
10. 上記「3. 発生日時」と「9. 療養のための休業期間」にかかる休業開始日との間に日数間隔がある場合は、以下の該当する理由番号に〇をつけてください。日数間隔が無ければ〇をつけなくて構いません。
  - ① 実際に勤務していたため
  - ② 休業していたが、共済制度上、従事したとみなす日（年次有給休暇等）に該当していたため
  - ③ 休業していたが、共済制度上、従事したとみなす日に非該当なため
  - ④ 前年度も同じ業務上の負傷疾病のための現認証明書を提出しているため
  - ⑤ その他（   ）
11. 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、その旨をご記入ください。  
（   ）

この証明書により、被共済職員が業務に起因し負傷又は疾病にかかり、療養のために共済契約対象施設等の業務に従事しなかった期間について、当該業務に従事したとみなす取り扱いとなりますので、当該職員の「被共済職員期間とならない月」のご報告の際は、ご注意ください。ただし、機構が当該証明書の内容確認後、全部又は一部について認められないと判断した場合は、必要に応じて「被共済職員期間とならない月」にご訂正させていただく場合がございます。

# 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 ㊦ 79 ページ参照>

例) 平成18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12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 8.4912 = 2,122,800円



### 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  
< ㊦ 94 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 < ㊦ 33 ページ参照 >

※ 機構ホームページ (<http://www.wam.go.jp/hp>) 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://www.wam.go.jp/hp>) 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 退職手当金計算シミュレーション(別ウインドウで開きます)をクリックします。
- ④ 必要項目を入力します。
- ⑤ 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)。

退職手当金計算基礎額表

(単位:円)

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

支給乗率表 (普通退職の場合)

被共済 職員期間	普通退職	被共済 職員期間	普通退職
1年	0.5220	26	30.5370
2	1.0440	27	31.9290
3	1.5660	28	33.3210
4	2.0880	29	34.7130
5	2.6100	30	36.1050
6	3.1320	31	37.1490
7	3.6540	32	38.1930
8	4.1760	33	39.2370
9	4.6980	34	40.2810
10	5.2200	35	41.3250
11	7.7256	36	42.3690
12	8.4912	37	43.4130
13	9.2568	38	44.4570
14	10.0224	39	45.5010
15	10.7880	40	46.5450
16	13.3893	41	47.5890
17	14.6421	42	48.6330
18	15.8949	43年以上	49.5900
19	17.1477		
20	20.4450		
21	22.1850		
22	23.9250		
23	25.6650		
24	27.4050		
25	29.1450		

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) 退職手当金額早見表

普通退職(業務上の傷病又は業務上の死亡による退職を除く)

(単位:円)

計算基礎額 被共済職員期間	62,000	74,000	86,000	100,000	115,000	130,000	145,000	160,000	175,000	190,000
1年	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

※平成27年4月以前に加入した方は、上記金額を上回る場合があります。

(単位:円)

計算基礎額 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

## 約款様式改訂のお知らせ

従来、退職手当金請求または合算制度利用の申出を行なう場合に使用しています約款様式第7号の2『退職手当金請求書・合算申出書』を平成30年4月1日から約款様式第7号の2『退職手当金請求書』と約款様式第7号の3『合算制度利用申出書』の2つに分ける改訂を行ないます。

従来の『退職手当金請求書・合算申出書』の上段に「退職手当金の請求」または「合算制度を利用」のいずれかを選択する項目が設けられていますが、その記載漏れがあることや退職手当金請求時の記載方法と合算制度利用申出時の記載方法を混同して記載していることから申請内容が不明確になっているケースが非常に多く見られます。

そのため、これらの補正作業に時間を要し退職手当金の支給が遅延してしまうという結果につながっています。

今回の改訂は、「請求」か「合算利用」かの意思確認を明確にし、各申請内容に必要な記載項目を混同させないことを目的としたものです。

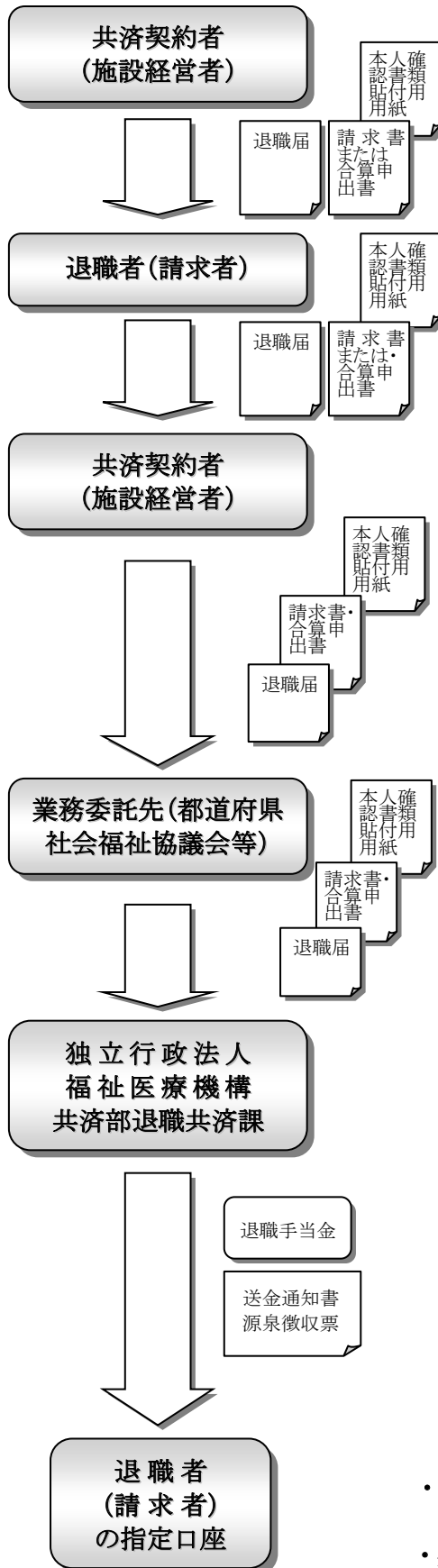
平成30年4月1日以降の退職者の退職手当金申請または合算制度利用の申出につきましては、改訂後の約款様式を使用してください。

尚、現行の約款様式第7号の2『退職手当金請求書・合算申出書』は便宜的に平成31年3月31日までは使用できることとします。

※ 「被共済職員退職届」と退職者本人が記載する「退職手当金請求書」が同じ1枚になっている古いA3版の様式(個人番号記載欄のない様式)は使用できません。くれぐれもお気をつけ下さい。

2

『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書』または『合算制度利用申出書』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』及び『本人確認書類貼付用紙』または『合算制度利用申出書』を退職者(請求者)に渡します。

【退職者】(請求か合算いずれかを作成)

- ・『退職手当金請求書』に記入・押印し、『本人確認書類貼付用紙』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。
- ・『合算制度利用申出書』に記入・押印し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』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』または『合算制度利用申出書』及び請求の場合は『本人確認書類貼付用紙』の順に重ねてホチキス留めしてください。また、個人番号が見えない措置を講じてください。[3-(5)参照]
- ・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、請求者等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。
- ・共済契約者に支給月の翌月月初に支給決定状況報告を送付します。

## 『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書』、『合算制度利用申出書』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』、約款様式第7号の3『合算制度利用申出書』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』、『退職手当金請求書』または『合算制度利用申出書』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または約款様式第7号の3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://www.wam.go.jp/hp>) 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』、『退職手当金請求書』または『合算制度利用申出書』を各々A4サイズ片面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サイズ片面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 124～129ページ参照>

### (2) 『退職手当金請求書』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』、『本人確認書類貼付用用紙』及び『退職手当金請求書 提出前チェックリスト』をお渡しください。退職者が『退職手当金請求書』の請求者欄、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』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) 振込先金融機関（金融機関コード、支店番号、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。

(イ) 押印漏れはないか。

エ.『退職手当金請求書』の提出後に届出の振込口座を機構に報告なく変更されると、退職手当金を振込むことができません。その場合、照会や変更届の提出が必要となり、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』または『合算制度利用申出書』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』または『合算制度利用申出書』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。この場合、理由が「所在不明」または「退職者が請求を請求を放棄している」の時は、用紙の欄外のチェック欄口にチェックを入れてください。

『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』の請求者欄、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。

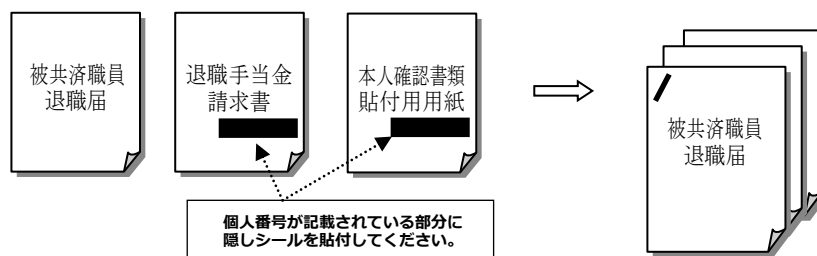
なお、在籍期間が1年以上で、被共済職員期間（在籍期間から被共済職員期間とならない月の不算入月を除いた期間）が1年未満となる退職者の場合は、必ず、『被共済職員退職届』のみを速やかに施設等所在地の業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）に提出してください。

(5) 『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書』の提出

『被共済職員退職届』、『退職手当金請求書』及び『本人確認書類貼付用用紙』は、共済契約者で取りまとめて、退職者の個人番号が見えないよう目隠しシールの貼付を確認の上、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）。なお、目隠しシールがない場合であって、退職手当金の請求を急ぐ場合は、方法2、方法3により、個人番号が見えない措置を講じてください。

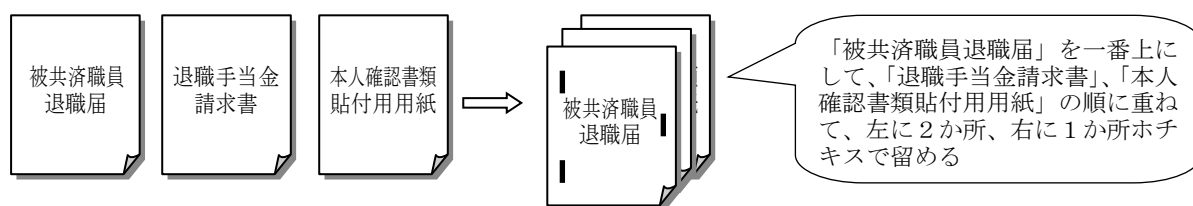
〔方法1〕

- 『退職手当金請求書』『本人確認書類貼付用用紙』の「個人番号」が記載されている部分に、共済契約者あて送付している「目隠しシール」を貼付の上、『被共済職員退職届』『退職手当金請求書』『本人確認書類貼付用用紙』の順に重ね、左に1か所ホチキスで留める。



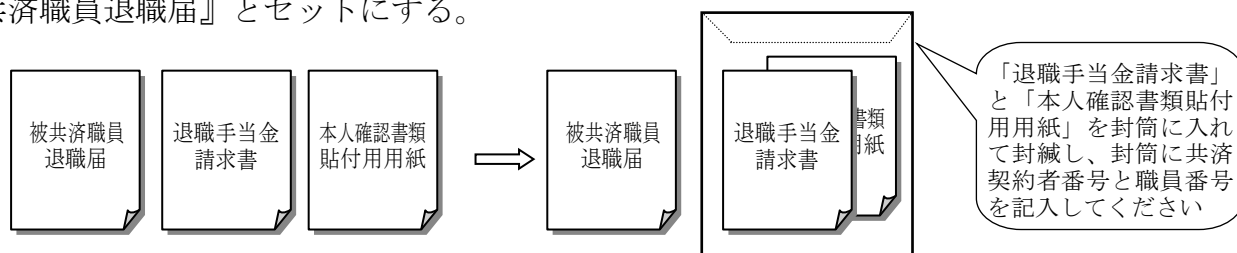
〔目隠しシールがない場合の対応：方法2〕

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



〔目隠しシールがない場合の対応：方法3〕

- 『退職手当金請求書』と『本人確認書類貼付用用紙』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。



## 【退職手当金請求書等 提出前チェックリスト】

提出をする前に次のことをもう一度ご確認ください！

以下のチェック項目の記入等がない場合、通常時より支給が遅れる恐れがあります。

### 【退職手当金請求書または合算制度利用申出書提出時の共通チェック項目】

- 請求者区分の選択は正しいですか？  
※ 本人は1に、相続人は2に、遺族は3に○をつけましたか？
- あなたの氏名、フリガナを記入しましたか？
- 結婚等で氏名が変更している場合、請求書には新姓を記入していますか？
- 請求するあなたの印鑑を鮮明に押しましたか？  
※ 不鮮明な場合は余白に再度押印をしてください。
- 元号(昭和・平成等)に○をつけ、生年月日を記入しましたか？
- 連絡先電話番号を記入しましたか？
- 7桁の郵便番号を記入しましたか？
- 住所を記入していますか？住所は現在お住まいの住所になっていますか？
- 記入事項に訂正がある場合、請求者印で訂正印を押印していますか？
- 鉛筆や消せるボールペンで請求書を記入していませんか？  
※ 鉛筆等を使用した場合、受付ができません。

### 【退職手当金請求書提出時のチェック項目】

- 振込先金融機関の金融機関コード、支店番号、金融機関名、支店等名を請求者ご本人の通帳キャッシュカード等をもとに正しく記入しましたか？
- 振込先金融機関がゆうちょ銀行の場合、支店名は漢数字三文字(最終桁は「八」)になっていますか？また、口座番号は7桁の数字が記載されていますか？
- 振込先金融機関や支店名が合併や支店統廃合等により変更となっていないですか？
- 振込先金融機関の通帳の表紙と見開きページの写を添付しましたか？
- 退職所得の受給に関する申告書の「あなたの」欄に記入・押印し、「A」欄に記入しましたか？
- 「個人番号」(マイナンバー)は正しく記入しましたか？
- 「その年1月1日現在の住所」には、その時点の住民票に登録されている住所を記入しましたか？
- 機構以外から支給された退職所得にかかる源泉徴収票を添付しましたか？
- 「本人確認書類(運転免許証等)」の貼付もれはありませんか？
- 結婚等で氏名が変更している場合、新姓の本人確認書類を添付していますか？
- 最後に記入漏れ・押印漏れ等がないか今一度ご確認ください。

### 退職手当金支給時期について

【退職金の受給が機構だけの場合】請求手続きは、①ご退職されるお勤め先(退職時に請求書を提出)→②業務委託先(各都道府県の社会福祉協議会等(請求書をとりまとめて機構へ提出))→③福祉医療機構という順番で請求書が送付されます。請求書が機構へ届く③の時点から退職手当金支給までに書類審査、データ登録、金融機関への送金指示等の手続き等があるため概ね2ヶ月を要します。請求が集中する時期、財源の状況、記載内容の誤りなどにより2ヶ月以上かかることがあります。

【退職金の受給が複数ある場合】通常、機構以外からの退職金の受給が完了して後にご退職されるお勤め先が機構へ退職手当金請求手続きを開始しますので、機構以外からの退職金を受給するまでの期間が上記の期間(概ね2ヶ月)に加わることになります。

【退職手当支給時期に関するお問い合わせ先:ナビダイヤル0570-050-294】



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～オを満たし、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、被共済職員としての在籍期間が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

注) 退職手当金の請求後に合算制度利用への変更を希望しても手続きの進捗状況によって変更できない場合があります。

ウ. 退職後3年以内(注)に再び被共済職員になること

注) 平成28年3月31日以前に退職した場合は2年以内

エ. 新たに勤務する法人における本俸月額(基本給)や被共済職員期間等により退職手当金額が増減することがあること

オ. 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) 『合算制度利用申出書』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『合算制度利用申出書』記載欄(記入日・氏名・生年月日・連絡先電話番号・郵便番号・住所)をすべて記入、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、『合算制度利用申出書』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、約款様式第7号の3『合算制度利用申出書』での提出になりますのでご注意ください。
- 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一年以上の雇用期間を定めて採用)した場合は、合算ではなく、継続異動の手続きも可能です。その場合は約款様式第8号『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3)

合算制度利用申出書

846  
1

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成 30 年 3 月 31 日 846

退職者ご本人が記載ください	312	請求者区分(続柄)	フリガナ	313	カミヤ マチコ	332	生 年 月 日	379	連絡先電話番号										
	314	1 退職者本人	氏 名	333	神谷 町子	372	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	373	年	374	月	375	日	376	市外局	377	局	378	番 号
	334	郵便番号	住 所	403	東京都区虎ノ門1-11-111 虎ノ門ハイツ1050号														

この欄はすべて記入・押印してください。

〈個人情報取扱いに関する注意事項〉 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。

様式第7号の3

## (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。< 33 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（平成28年3月31日以前に退職の場合は2年以内）に被共済職員とならなかった場合は、被共済職員期間の合算が適用されませんので、退職手当金の請求手続きが必要となります。通常の請求の手順と異なりますので、合算を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』（約款様式第7号の2）』、『本人確認書類貼付用用紙』及び『退職手当金請求書 提出前チェックリスト』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』の請求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』の下にある「退職所得の受給に関する申告書」部分の「あなたの」の欄及び「A」の欄に記入、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、B欄に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 「合算制度利用申出書」を提出した退職者に「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』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

◎「被共済職員退職届」の記入に当たっては、被共済職員が記入する欄と被共済職員以外が記入する欄を区別してご記入ください。また、共済契約者様の控えと併せてご提出ください。  
◎ 給与台帳等の確認書類の提出を依頼する場合は、併せてご提出ください(事前添付可)。  
(約款様式第7号)

被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

業務委託先受付日付印	機構受付日付印
756	761 763
	768

平成 年 月 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	退職理由
00001	カタカナ カミヤ マチコ 漢字 神谷 町子 変更前の氏名 カタカナ ヒビヤ マチコ 漢字(旧姓) 日比谷 町子	① 普通退職(結婚・定年・転職などの自己都合による退職に該当するとき) ② 普通退職(平成13年3月31日以前の加入者が④以外による退職に該当するとき) ③ 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職 ④ 犯罪等による退職
生年月日	退職年月日	
昭和 010110	平成 030031	
業務上従事した日数が10日以下の月	育児休業の申請があったもの	退職した月以前6か月の本俸月額
(被共済職員期間とならない日)	1 新規 2 変更 3 再取得	(ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)
4月 0 2	178 190 183 197 192 197 3 0 0 3 1 5	俸給表の額
	1 新規 2 変更 3 再取得	手当名
	826 838 833 838 840 845	209 211 216 235 236 249 254 259 267 279 285 287 294 298 304 306
共済契約者番号	共済契約者氏名又は名称	住所
139999	社会福祉法人 O△福祉会	東京都港区虎ノ門4-3-13
事務担当者氏名	連絡先	電話(市外局 03 )
虎ノ門 太郎		( 局 ) ( 0000 番 )
(※1) 半年延長の理由	(※2) 俸給の調整額	
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があって、1歳または1歳6ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病になった場合	業務または職務の内容により俸給表で定める本俸を是正・調整するために、定額又は定率により毎月支給が必要とあります。詳しくは、配布したマニュアルの制度概要編「本俸月額」をご覧ください。	

障害有無	受取済退職金額	国 税	徴 収 済 税 額
	780 781	787 788	市町村民税 794 795 道府県
請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印
	809	810	811
			契約者訂正印
			調整額名称有無
			818
			現認証明
			813

(注)退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合は、「被共済職員退職届」のみを記入し速やかに提出してください。なお、次の理由に該当する場合は□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。[□所在不明 □退職者が請求放棄をしている □一年未満]

- (1) 『被共済職員退職届』の記載例 < 92~93ページ参照 >
- (5) よくある記入誤りの例 < 99~101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。

※『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、施設の印や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(< 101ページ > のケース3を参照))

② 『退職手当金請求書』の記載及び留意点

退職者(請求者)本人が記入します

(2) 『退職手当金請求書の記載例』  
 < 95~96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  
 < 97ページ参照 >

③ 『本人確認書類貼付用用紙』の留意点

(4) 『本人確認書類』について  
 (本人確認書類貼付用用紙)  
 < 98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』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30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		退職理由						
0	0	0	0	1	カカカ	カミヤ マチコ	①			
変更前の氏名		カカカ		ヒビヤ マチコ		②				
漢字		漢字		日比谷 町子		③				
生年月日		退職年月日								
0	1	0	1	1	3	0	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。(口座名義が旧姓の場合も記入してください。)

・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。< 94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4月の場合は、3月(前年度)までは『掛金納付対象職員届』で報告します。)

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 (被共済職員期間としない月)	業務上の傷病による休業期間(現認証明書の添付が必要)
	育児休業の申請があったもの
月名	計
4月	0
5月	2

育児休業を取得した場合は記入してください。また「6か月の本俸月額」の欄ではその月は出勤したものとして扱ってください。< 29~31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。< 29~31ページ参照 >

業務に従事した日数が10日以下の月は「被共済職員期間としない月」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。< 28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< 77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して扱ってください。< 28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。  
 < 25～26ページ参照 >

**退職した月以前6か月の本俸月額**  
(ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます)

年	月	俸給表の額						〈俸給表の額とは別掲〉 俸給の調整額(※2)			手当等(特殊業務手当等)		
平成(年)	(月)												
199	202	203					209	211		216			
3	0	0	2	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
218	221	222					228	230		235			
3	0	0	1	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
237	240	241					247	249		254			
2	9	1	2	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
256	259	260					266	268		273			
2	9	1	1	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
275	278	279					285	287		292			
2	9	1	0	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0
294	297	298					304	306		311			
2	9	0	9	1	8	1	0	0	0	7	2	4	0

時給制など本俸額を定めない者の「俸給表の額」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。  
 < 26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でも、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。  
 < 78～79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	社会福祉法人○△福祉会 東京都港区虎ノ門4-3-13	印	カード	
1	3	9	9	9					7	9
事務担当者氏名		虎の門 太郎			連絡先	電話(市外局 03 )( 3438 局)( 0215 番)				

(※)退職者が「退職手当金請求書」を提出しない場合は、「被共済職員退職届」のみを記入し速やかに提出してください。なお、次の欄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。[ ] 所在不明 [ ] 退職者が請求放棄をしている [ ] 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  退職者が請求放棄をしている  一年未満  
 「一年未満」以外の場合は、退職した月以前6ヶ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） ・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、㊦102～104ページを参照
②	普通退職 ・平成13年3月31日以前に加入した職員が、平成13年4月1日以降に退職し、右の(1)から(6)に該当する理由による退職の場合	(1) 業務上以外の死亡による退職 ・死亡診断書(写) ・遺族、相続人請求の場合は、㊦102～104ページを参照
		(2) 共済契約対象外施設等への配置換による退職 ・共済契約者の発行する配置換命令書(写) ・共済契約者の定款
		(3) 社会福祉施設等の施設の廃止又は休止による退職 ・社会福祉施設等の施設の廃止又は休止を証する書類
		(4) 業務上以外の傷病による退職 ・共済契約者が発行する事情説明書 ・障害厚生年金の受給を証する書類又は障害の程度が厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に該当することの医師の診断書
		(5) 社会福祉施設等の移転により通勤が不可能又は困難となったことによる退職 ・通勤が不可能又は困難となったことの共済契約者が発行する事情説明書
		(6) 社会福祉施設等の定員の減少等により職員定数に過員が生じたことによる退職 ・社会福祉施設等の入所定員の減少、減少前後の入所定員を証する書類 ・入所定員減少前後の職員名簿 ・保育所の保育士の場合は、措置児童数の変更状況を証する書類及び前年度及び当年度の4月1日現在の職員名簿
③	業務上の傷病により障害の状態になったことによる退職	労災保険の適用を受ける者であるとき(※2) ・障害補償給付又は傷病補償年金の支給決定通知書(写) ・共済契約者が発行する現認証明書<㊦77ページ参照> ・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) ・葬祭料の支給決定通知書(写) ・死亡診断書(写) ・共済契約者が発行する現認証明書 ・遺族、相続人請求の場合は、㊦102～104ページを参照
④	犯罪行為又は重大な非行による退職	・犯罪等の概要(発覚した時期、犯罪等を犯した期間・回数・被害の程度) ・共済契約者の処分の状況(辞令の写) ・理事会議事録(写) ・就業規則(写) ・労働基準監督署の解雇予告除外がある場合の認定書(写) ・判決があった場合の判決書(写) ・新聞記事(写) ・その他関係書類

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

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

(2) 『㊟退職手当金請求書』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。

・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

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入日

平成 30 年 3 月 22 日 846

私は、上記注意事項を理解した上で、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。

**【注意事項】**  
 結婚等で氏名が変更している場合、又は、退職後、退職手当金を請求する時点で氏名が変更している場合は、変更後の氏名を記入し、印を押印してください。

312 請求者区分(続柄)		フリガナ		313 カミヤ マチコ		332 373 生年月日		379 連絡先電話番号					
1	退職者本人	氏名		神谷 町子		1	明治	年	月	日	市外局	局	番号
2	相続人( )					2	大正	0	1	0	03	2222	1111
3	遺族( )					3	昭和						
		郵便番号		住所		403		502					
		〒 9 9 9 - 9 9 9		東京都港区虎ノ門1-11-111 虎ノ門ハイツ1050号									
振込先金融機関		金融機関コード		店番号		振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。		539 540		569			
1	2	3	4	5	6	7	福祉	銀行・信用組合	新橋	本店・支所			
		口座番号		預金種目		口座名義		信用金庫・農業協同組合		支店・出張所		あなた以外の預金口座には送金できません	
		(右詰めで記入してください)		(左詰めでカタカナで記入してください)									
577		583		585		605		0		9		8 7 6 5 4	
		普通		カミヤ マチコ									

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

・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。  
 < 96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。  
 ・金融機関コード4ケタ、店番号3ケタは正しく記入してください。  
 ・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、記載欄すべて記載し、『㊟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。



【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、預貯金等の通帳またはキャッシュカードを参照のうえ、金融機関コード、支店番号、金融機関名、支店名、口座番号をすべてを正しく記入する必要があります。

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

また、金融機関の統廃合により、旧の金融機関を指定した場合や、退職手当金請求書を提出後に口座名義を旧姓から新姓へ変更したことにより振込ができないケースが増えています。振込先の金融機関への事前確認または名義変更する予定がある場合は出来る限り変更してから記入するようにしてください。

振込先金融機関	金融機関コード						店番号		振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。												
	1	2	3	4	0	0	5	○	×	銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合	○	×	本店	支店							
	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)						⑥口座名義						
0	1	2	3	4	5	6	普	通	カ	ミ	ヤ	マ	チ	コ							
⑤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は、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・店番・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	金融機関コード						店番号		振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。												
	9	9	0	0	1	1	8	ゆうちょ	○	銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合	一	一	八	本店	支店	○はつけません					
	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)						⑥口座名義						
0	1	2	3	4	5	6	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	年	月	日	芝	税務署長 市町村長 殿	平成	年分	退職所得の受給に関する申告書				支払者交付印			
退職手当の支払者の	所在地(住所)	〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目2番10号				氏名	神谷 町子				654				
	名称(氏名)	独立				マイナンバーを記入後、「目隠しシール」を貼ってください。	あなたの 現住所	〒 999 - 9999 東京都港区虎ノ門1-11-111 虎ノ門ハイツ1050号				654			
	法人番号	8					個人番号	1234 5678 9101				654			
							その年1月1日現在の住所	東京都港区新橋1-11-111 コーポ新橋1000号				754			
【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。)															
A	① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日	30	年	3	月	15	日	③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間	27	年	3	月	1	日	4
	② 退職の区分等	○一般		( ) 障害		生活扶助の	有	○無							
あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。															
	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。	年		月	日	⑤ ③と④の通算勤続期間		自	年	月	日	年			
	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、生活扶助の「有」を、その他の人は「無」を○で囲んでください。	年		月	日	⑦ ③と④の通算勤続期間		自	年	月	日	年			
	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、生活扶助の「有」を、その他の人は「無」を○で囲んでください。	年		月	日	⑧ A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等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。		自	年	月	日	年			
D	⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	年		月	日	⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間		自	年	月	日	年			
	⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	年		月	日	⑩ ⑧又は⑨の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけなる部分の期間		自	年	月	日	年			
	⑩ ⑧又は⑨の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけなる部分の期間	年		月	日	⑪ ⑦と⑩の通算期間		自	年	月	日	年			
	⑪ ⑦と⑩の通算期間	年		月	日			自	年	月	日	年			
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。															
E	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)						
	B	:	:		市町村民税(円) 道府県民税(円)		:	一般							
	C	:	:				:	障害							

注意 1 この申告書は、退職手当等の支払者です。また、市町村民税及び道府県民税

・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、3年1か月ですので、4年となります。(控除額の年数です。)

・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。  
 < 28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)

(添付書類)

本人確認書類貼付用用紙

【注意事項】

氏名の変更が伴う場合、旧姓から新姓への変更が確認できる公的証明書(戸籍抄本(写)、旧姓と新姓が確認できる住民票(写)または運転免許証の表裏(写))が必要となります。



個人番号カードの写し又は番号通知カードの写しを貼付して下さい

顔写真付きの身分証明書等身分確認書類を貼付して下さい

- 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。
- 個人番号には「目隠しシール」を貼付してください。

パターン	番号確認書類 (A)	身元確認書類 (B)
1	個人番号カード (個人番号カードがあれば、番号確認書類にも身元確認書類にもなります。)	
2	番号通知カード (みなさんに配布されたものです)	運転免許証、運転経歴証明書、旅券 (パスポート) (顔写真等身分が証明される公的なもの)
3	番号通知カード (みなさんに配布されたものです)	健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書等の書類から 2つ以上を組み合わせてください
4	個人番号が記載された住民票の写し	運転免許証、運転経歴証明書、旅券 (パスポート) (顔写真等身分が証明される公的なもの)
5	個人番号が記載された住民票の写し	健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書等の書類から 2つ以上を組み合わせてください

※これらによりがたい場合は、機構あてご相談ください。

(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		
3	0	3	1	5

- ・ 日給6,000円、週5日勤務(雇用契約上の金額・勤務日数)
- ・ 平成30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		30年 3月	1	0	3	4	6	2					
				30年 2月	1	5	8	6	9	2					
		育児休業開始日		30年 1月	1	6	5	3	1	1					
11月	0			29年 12月		5	3	4	1	1					
12月	2	育児休業終了日		29年 11月		5	8	6	9	3					
				29年 10月	1	6	8	6	4	9					
				6ヵ月合計											
				6ヵ月の平均											

× 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		
3	0	3	1	5

◎ 退職日が末日でない場合は、6か月本俸に含めません

退職月の直前の4月から退職月までの期間において				退職した月以前6か月の本俸月額											
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)		育児休業の申請があったもの		年 月	俸給表の額						俸給の調整額( )				
		1. 新規	2. 変更												
月名	計	出産日		30年 2月	1	2	6	0	0	0					
				30年 1月	1	2	6	0	0	0					
		育児休業開始日		29年 10月	1	2	6	0	0	0					
11月	0			29年 9月	1	2	6	0	0	0					
12月	2	育児休業終了日		29年 8月	1	2	6	0	0	0					
				29年 7月	1	2	6	0	0	0					
				6ヵ月合計											
				6ヵ月の平均											

◎ 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  
< 26ページ参照 >

× 誤った記載例 (ケース2)

退職年月日				
年	月	日		
3	0	3	3	1

- ・ 月給193,500円で特殊業務手当15,480円の職員
- ・ 平成30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

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		× 該当する手当の名称が未記入となっています	
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)	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	30年 2月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
			30年 1月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
		育児休業開始日	29年12月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
		育児休業終了日	29年11月	1 0 1 3 5 7		0
			29年10月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
			29年 9月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	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		
3	0	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  
< 25ページ参照 >

退職月の直前の4月から退職月までの期間において			退職した月以前6か月の本俸月額			
業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間とならない月)	育児休業の申請があったもの		年 月	俸給表の額	↓ 俸給の調整額 (特殊業務手当)	
	1. 新規	2. 変更				
月名	計	出産日	30年 3月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
			30年 2月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
		育児休業開始日	30年 1月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
			29年12月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
		育児休業終了日	29年11月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
			29年10月	1 9 3 5 0 0	1 5 4 8 0	0
			6ヵ月合計			

◎ 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)  
< 28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		
3	0	3	3	1

- ・ 月給167,400円の職員
- ・ 平成30年3月31日に退職
- ・ 育児休業を取っている

× 通勤手当や管理職手当、扶養手当等はいりません  
 < 25, 26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(通勤手当)							
		① 新規	2. 変更														
月名	計	出産日	2 9 1 0 0 5	29年11月		1	6	7	4	0	0			8	0	0	0
12月 1月 2月 3月	0 4	育児休業開始日	2 9 1 2 0 1	29年10月		1	6	7	4	0	0			8	0	0	0
		育児休業終了日	3 0 0 3 3 1	29年9月		1	6	7	4	0	0			8	0	0	0
				29年8月		1	6	7	4	0	0			8	0	0	0
				29年7月		1	6	7	4	0	0			8	0	0	0
				29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		
3	0	3	3	1

退職月の直前の4月から退職月までの期間において				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	2 9 1 0 0 5	30年3月		1	6	7	4	0	0						
	0 0	育児休業開始日	2 9 1 2 0 1	30年2月		1	6	7	4	0	0						
		育児休業終了日	3 0 0 3 3 1	30年1月		1	6	7	4	0	0						
				29年12月		1	6	7	4	0	0						
				29年11月		1	6	7	4	0	0						
				29年10月		1	6	7	4	0	0						
				6ヵ月合計		1	6	7	4	0	0						
				6ヵ月の平		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ヵ月本俸に含めます  
 被共済職員期間とならない月には記入しません  
 < 29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、請求書のほかに次の添付書類が必要になります。また、受給権者については優先順位がありますので注意してください。

(1) 遺族が請求する場合 (死亡による退職)

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

順位	受給権者	添付書類
第1グループ	1 戸籍上の配偶者	① 死亡診断書(写) ② 配偶者の戸籍謄本(但し、被共済職員の死亡後に別戸籍となっている場合は、配偶者の戸籍謄本のほか被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本)
	1 内縁の妻又は夫	① 死亡診断書(写) ② 被共済職員の死亡及び戸籍上の配偶者がいないことを証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 内縁の妻又は夫の戸籍謄本 ④ 内縁関係についての「生計維持に関する調査書」(様式11号)及び被共済職員の死亡当時の世帯員の状況を明らかにすることができる住民票の謄本
第2グループ	2 子	① 死亡診断書(写) ② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 被共済職員の死亡当時、主として被共済職員の収入によって生計を維持していたことを証する「生計維持に関する調査書」(様式11号) ④ 被共済職員と請求者(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) 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) ② 被共済職員の死亡を証する戸籍謄本又は除籍謄本 ③ 被共済職員の死亡当時、主として被共済職員の収入によって生計を維持していた親族がいなくても証する「生計維持に関する調査書」(様式11号) ④ 被共済職員と請求者(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) ※被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本 ⑤ 上記②又は④の戸籍謄本より請求者(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 ※ ②・④・⑤は『認証文つき法定相続情報一覧図』で代替することができます。
	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**』を作成し、他の者が作成したその者に対しての退職手当金の請求及び受取についての委任状(様式12号)を添付してください。

ウ. 遺族が未成年者の場合

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

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、死亡した被共済職員(退職者)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)」、「番号通知カード(写)」、「個人番号が記載された住民票の写し」のいずれか一つ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出来ます。

<http://www.wam.go.jp/hp> (退職手当共済事業→各種届出様式→様式第7号の添付書類)

種 別	継 続 有 無 (継続)
① 同居の世帯主(世帯主) <input type="checkbox"/> 継続あり <input type="checkbox"/> 継続なし	
② 同居の世帯主(世帯主)以外の世帯主 <input type="checkbox"/> 継続あり <input type="checkbox"/> 継続なし	
③ 同居の世帯主(世帯主)以外の同居者 <input type="checkbox"/> 継続あり <input type="checkbox"/> 継続なし	
④ 同居の世帯主(世帯主)以外の同居者 <input type="checkbox"/> 継続あり <input type="checkbox"/> 継続なし	

本人

あり  なし

代理人

あり  なし

代理人の署名



(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、子及び代襲相続人(孫等) (直系卑属)	① 被共済職員の出生から死亡までの連続した期間の戸籍謄本、改製原戸籍謄本  ② 相続人(受給権者)全員の現在の戸籍抄本又は戸籍謄本  ※①・②は『認証文つき法定相続情報一覧図』で代替することができます。
2	配偶者及び父母、祖父母等 (直系尊属)	
3	配偶者、兄弟姉妹及び代襲相続人(甥、姪等)	

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< 94 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。