

共済契約対象（外）施設等異動届

(約款様式第9号)

平成 年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
◎ 写し1部を共済契約者控としてお手元に残してください。

次のとおり、被共済職員が

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

届け出ます。

↑ 該当する届出区分に○をつけてください。

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

◎ 届出区分1の場合は、下部記載の「添付書類」を必ず添付して下さい。

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

異動月の直前の4月から異動月までの期間において				共済契約対象施設等最終在籍年月日										87	88	89	90	91	92	日					
業務に従事した日数が10日以下の月 (被共済職員期間とならない月)				業務上の傷病による休業期間 (現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				日	年 月			俸 給 表 の 額						<別掲>俸給の調整額											
					(平成) (年) (月)									手当名 () (円)											
育児休業の申請があったもの																									
255	1 新規	出産日	234	年	月	239	日	94							97	98			104	106					111
		育児休業開始日	241	年	月	246	日	113							116	117			123	125					130
		育児休業終了日	248	年	月	253	日																		
257	2 変更	パパ・ママ育休プラス	有・無			132							135	136			142	144					149		
		半年延長の理由 (※)	1・2																						
	3 再取得	出産日	259	年	月	262	日	151							154	155			161	163					168
	育児休業開始日	264	年	月	269	日	170							173	174			180	182					187	
	育児休業終了日	271	年	月	276	日																			
257	3 再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無			189							192	193			199	201					206		
		半年延長の理由 (※)	1・2																						

<添付書類>

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

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

共済契約対象外施設等異動年月日		年	月	日	職 種			復 帰 時 の 本 俸 月 額													
					名 称			92	番 号	93	94	俸 給 表 の 額 (円) 100						101 <別掲> 俸給の調整額 (円) 106			
共済契約対象施設等復帰年月日	86	年	月	日	91																

1 カードNO	2
---------	---

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