◎「被共済職員退職届」は、原本を業務委託先（都道府県社会福祉協議会等）にご提出ください。また、共済契約者様の控えとして写しを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ことがあります（事前添付可）。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印
756　761	763　768

（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

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。

掛金納付対象職員届で確認のうえ記入

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（該当する番号を〇で囲んでください）
10　14	カタカナ 15　34 漢字 35　74	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） ② … 普通退職（平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき） ③ … 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職 ④ … 犯罪等による退職 （退職理由により添付書類が必要な場合があります。）
変更前の氏名（変更している場合のみ記入）	カタカナ 75　94 漢字（旧姓） 95　134 （　年　月　日変更）	

生年月日 135	141	退職年月日 143	148
1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年　月　日	平成　年　月　日	

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

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）	月名	計	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
	150　161	か月		176　1 新規　2 変更　3 再取得 出産日 178　年　月　183日 育児休業開始日 185　190 育児休業終了日 192　197 パパ・ママ育休プラス 975　有・無 半年延長の理由（※1） 975　1　2
				824　1 新規　2 変更　3 再取得 出産日 826　年　月　831日 育児休業開始日 833　838 育児休業終了日 840　845 パパ・ママ育休プラス 976　有・無 半年延長の理由（※1） 976　1　2

共済契約者番号	共済契約者			カード 1　2
	氏名又は名称 住所		印	7　9
事務担当者氏名		連絡先	電話（市外局　　）（　　局）（　　番）	

（※1）半年延長の理由	育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を〇で囲んでください。 1･･･保育所に入所を希望しているが、入所できない場合 2･･･子の養育を行っている配偶者であって、1歳または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・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合
（※2）俸給の調整額	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するものが該当します。給与規程に明記されていることが必要です。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。

記入しないでください

障害有無 771	受取済退職金額 773　780	徴収済税額 781　国税　787	788　市町村民税　794	795　道府県民税　801	勤続年数 802　803	振込区分 804

請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印	契約者訂正印	調整額名称有無	現認証明	添付書類	留保	確認
807	809	810	811	814	818	813	812	817	820

（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］