

846	(1回目) 機構受付日付印	(2回目) 機構受付日付印
1		
	977	983

合算制度利用申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

私は、注意事項、重要事項を理解したうえで、合算制度を利用しますので、申出ます。

1回目 現在の勤務先を退職した時(制度利用の意向を事前に申し出)

申出書の作成日	元号	年	月	日	退職理由 簡潔に記載してください(例:自己都合(結婚、転職など)による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇 など)
退職日	元号	年	月	日	
退職した勤務先	契約者番号	職員番号	法人名か施設名のいずれかを記入してください		
312 申出者区分	フリガナ	313	332 生 年 月 日	連絡先電話番号(携帯も可)	
1 退職者本人	氏 名	333	373 2 大正 年 月 日	市外局	局 番号
			379 3 昭和	954	969
			4 平成		
			5 令和		
郵便番号	住 所	854			502
〒 847 849 850 853					

<個人情報の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。

2回目 再び被共済職員となる時(制度利用を申し出)

申出書の作成日	元号	年	月	日	再び被共済職員となる日	元号	年	月	日
勤務先	契約者番号	職員番号	法人名か施設名のいずれかを記入してください						
申出者区分	フリガナ		生 年 月 日		連絡先電話番号(携帯も可)				
被共済職員本人	氏 名		2 大正	年	月	日	市外局	局	番号
			3 昭和						
			4 平成						
			5 令和						
郵便番号	住 所								
〒									

<個人情報の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。

【注意】

※ 上記の退職日にかかる退職手当金が請求された時点で本申出は無効となります。

◎ この制度は、退職した日から起算して3年以内(平成28年3月31日以前の退職においては2年以内です)の間に、退職手当金を請求しないで再び被共済職員となり、申し出た場合に期間を合算(通算)する制度です。

- (1) 退職した場合、退職手当金の請求、あるいは、この制度(被共済職員期間を合算する制度)の利用のいずれかを選択できます。
- (2) 次のいずれかに該当するときは、期間の合算はできません。

- ① 退職手当金を請求したとき
- ② 退職日を含めて、被共済職員としての在籍期間が1年未満のとき
- ③ 退職した理由が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であった場合
- ④ 上記のほか、虚偽報告その他、法の規定により期間の合算ができない場合があります。

【大変重要なこと】

- (1) この申出書は2回、福祉医療機構へ提出してください(本人は勤務先に提出してください)。
 - ・ 1回目: 現在の勤務先を退職した時(合算制度の利用の意向を提出) > 記載は上段のみ
 - ・ 2回目: 再び被共済職員となる時(あらためて、合算制度の利用申出を提出) > 記載は下段に追記・押印
- (2) このため、本申出書は、必ず、写しを2部以上、控えとして保管しておいてください。
- (3) 福祉医療機構では、退職した日から起算して3年以内(平成28年3月31日以前の退職においては2年以内です)に、再び、本制度(社会福祉施設職員等退職手当共済制度)に加入すること(被共済職員となること)となった場合に備え、合算制度利用の申し出があったことをデータ管理します。
- (4) 再び被共済職員となる時
 - ・ 1回目に提出した申出書の控え(コピー)の下段に必要な事項を記入・押印して、新たな勤務先に提出してください。
 - ・ そして、新たな勤務先に対し、「前の勤務先を退職する時に、福祉医療機構に対して合算制度利用の意向をすでに申し出ていること」を確実にお伝えください。
 - ・ 新たな勤務先は、その申出について、この申出書を福祉医療機構へ提出(2回目分)します。

【記載上の留意点】

- (1) 鉛筆や消せるボールペンで記入しないでください(鉛筆等を使用した場合、受付できません)。
- (2) 記入事項に訂正がある場合、本人印で訂正印を押印してください。
- (3) 上記ワク内の事項は、すべて、正確に記入してください。
- (4) 特に、押印には注意してください。押印は、1回目だけでなく、2回目も押印していただきます。