Ⅱ 退職手当共済制度における手続き

1　退職手当共済制度における手続き

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、「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、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。

届出様式については、機構ホームページからダウンロードしてください。

① 主な手続き

1　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月下旬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きます。

なお、３月下旬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。

・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。

2　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８条の２～１１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。

３　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ください。

（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）」（約款様式第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。

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「共済契約者間継続職員異動届」（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。

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、「掛金納付対象職員届」では「合算申出増」を選択し、「被共済職員加入届」では、「被共済職員であったことの有無」欄で、「有」を選択して、必要事項を記入してください。加えて、「合算制度利用申出書」（約款様式７号の３）の２回目欄を記入してご提出ください。

４　職員が退職するとき 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

（３）継続異動の利用

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。（一部の府県については当機構に直接提出してください。）

なお、電子届出システムでは「被共済職員退職届」の作成が可能です。

「退職手当金請求書」は、機構ホームページ掲載の作成支援ツールで作成することができます。

合算制度の手続きの流れ ▶▶▶

「被共済職員退職届」「合算制度利用申出書」（約款様式第７号、第７号の３）を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。（一部の府県については、機構に直接提出してください。）

継続異動の手続きの流れ ▶▶▶

「共済契約者間継続異動届」（約款様式第８号）を作成し、異動先の共済契約者にお渡しください。異動先の共済契約者が機構に提出します。

５　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」（約款様式第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」（約款様式第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。

６　新しい施設・事業を開始したとき 電子届出システムで作成できます！

新しく施設・事業を開始したときは、「施設等新設届・申出書」（約款様式第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、申出施設等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、申出施設等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」（約款様式第１号）を作成のうえ、施設・事業の認可書等を添付していただき、機構にご提出ください。

② その他の手続き一覧

1　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
1	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。	機構
2	職員が法人内の契約対象施設から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」にて異動した場合のご報告をしてください。	機構
3	職員が法人内の契約対象外施設から契約対象施設に復帰した	「共済契約対象（外）施設等異動届」にて復帰した場合のご報告をしてください。	機構
4	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
5	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

2　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
1	他の経営者から社会福祉施設等を移管されたとき	「施設等新設届・申出書」にてご報告ください。	機構
2	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		
3	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
4	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	「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。	機構
5	法人を解散したとき		
6	経営者が交替したとき		
7	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		
8	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

	届出が必要なとき	手続き・必要な届出書類	提出先
9	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	「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
10	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）		
11	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）		
12	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。	機構
13	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		
14	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
15	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
16	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
17	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

2　施設等の登録、職員の加入、契約解除等の手続き

①　「施設等新設届・申出書」の記載上の留意点

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）

令和　○　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

◎◎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。

次のとおり施設・事業について　①

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。

共済契約者番号（4〜9）	共済契約者			
１３○×△○	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会		
共済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。	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		
②	事務担当者氏名	北海道　花子	連絡先（電話番号）	０３－３４３８－００×△

新設・申出年月日（343〜348）：元号 令和 ○× 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。

⑦ 施設番号（10〜12）	名称（70〜139）	③ 種類	種類コード（13〜16）
	特別養護老人ホーム　虎ノ門苑	特別養護老人ホーム	

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（17〜18）

郵便番号（140〜146）　105 － ○×○×

東京都港区虎ノ門１－△－○×

④ 入所定員（利用定員）（327〜331）	職員配置基準数（332〜336）	職員総数	被共済職員数（337〜341）	被共済職員の内訳 ⑥ 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	加入できない職員 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
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※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	⑤ 当該施設等が共済契約を締結していたことの有無	有の場合解除年月日	※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 ⑧ 特定職員数（349〜353）	※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 ⑨ 措置入所障害児関係業務従事職員数
	有 (無)	有 (無)	年　月　日	人	人

【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「社会福祉施設職員等退職手当共済制度マニュアル」をご参照ください）

左欄	右欄
（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**	**児童自立生活援助事業** **小規模住居型児童養育事業** **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。

【添付書類】
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)「許認可書」（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明書等
(5)　法令により許認可・届出の必要がない場合は、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「定款変更申請書」（写）及びその他の書類

⑩

【確認事項】
確認事項は、次のとおりです。
ア．施設・事業の名称
イ．所在地
ウ．施設・事業の種類（申出施設等は、除く）
エ．入所（利用）定員（申出施設等は、除く）
オ．開始年月日
カ．許認可、届出年月日（申出施設等は、除く）

カードNO.（1〜3）

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。
・特定介護保険施設等の加入単位は、施設・事業単位です。

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。
なお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（H 28.3.31 以前退職日の場合は、２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）
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。

⑧ 特定職員数

・特定職員数とは、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か明確に区分けできないような場合に、以下の手順で算出された公費補助対象となる職員の数を言います。
・特定職員数は、次のとおりとなります。
ア　手順１により計算した特定社会福祉事業割合が３分の２以上の場合
全職員が特定職員数となります。
イ　手順１により計算した特定社会福祉事業割合が３分の１以上３分の２未満の場合
手順２により算出した職員数となります。
ウ　手順１により計算した特定社会福祉事業割合が３分の１未満の場合
特定職員数は０名です。

※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ます

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

手順２．「特定社会福祉事業割合」が、３分の１以上３分の２未満の場合のみ、次の計算をします。なお、小数点以下は切り捨てとなります。

特定職員数＝当該施設の被共済職員数×特定社会福祉事業割合

「特定社会福祉事業割合」が、３分の１以上３分の２未満の計算例

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の計算.

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

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.

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

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　措置入所障害児関係業務従事職員数

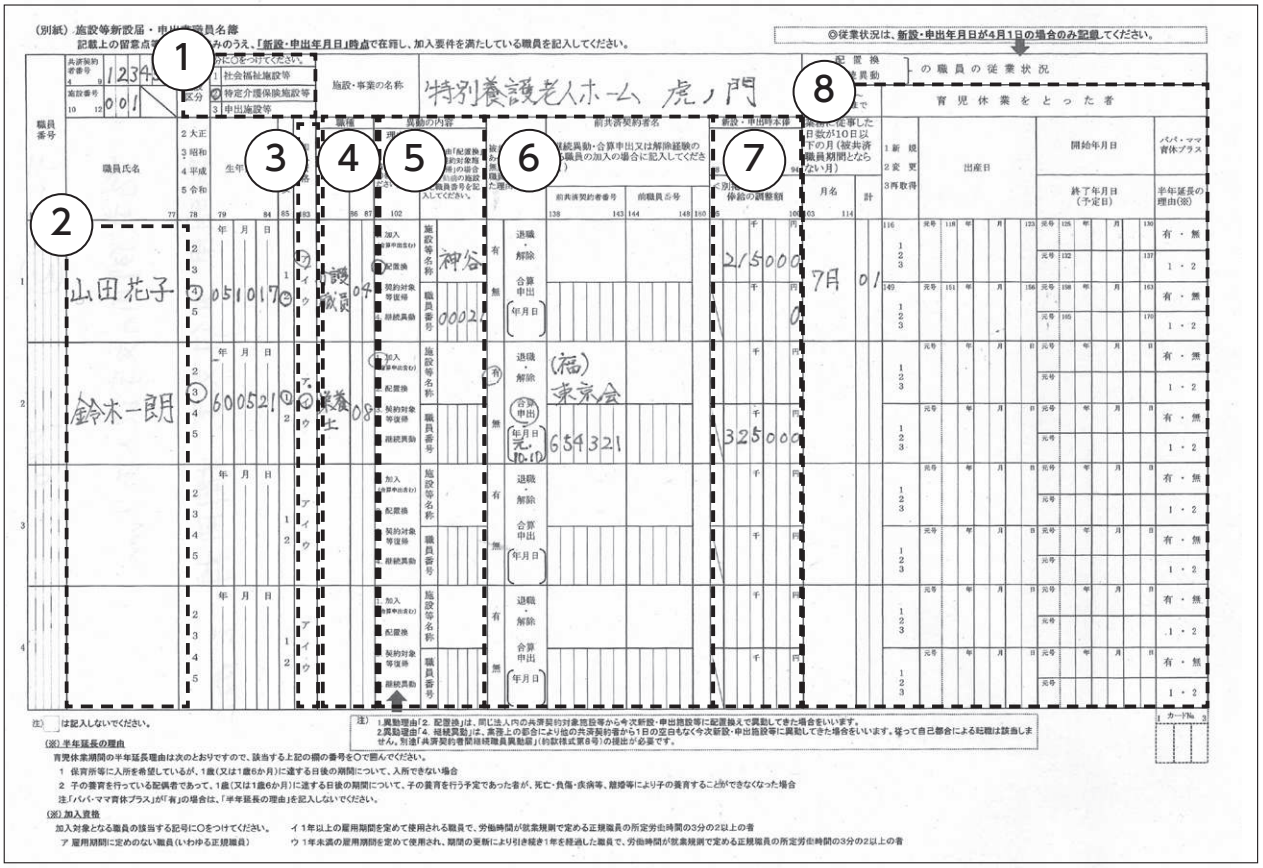
・算出し、記入してください。

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係する施設等→指定通知書
介護保険法に関係する施設等→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。

『（別紙）施設等新設届・申出書職員名簿』



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
			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
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				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）

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．契約対象施設等復帰」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（H28.3.31 以前退職日の場合は、２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。）

⑦　本俸月額

・「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。
・「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。
・俸給の調整額とは、本制度において、退職手当金の計算の基礎額に算入する、特別な手当をいいます。俸給の調整額については、『Ⅰ　退職手当共済制度の概要　３　被共済職員に関する事項　の『３　俸給の調整額について』」で説明しています。
・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。

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）

(1)「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。

(2)「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。

※１　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。）

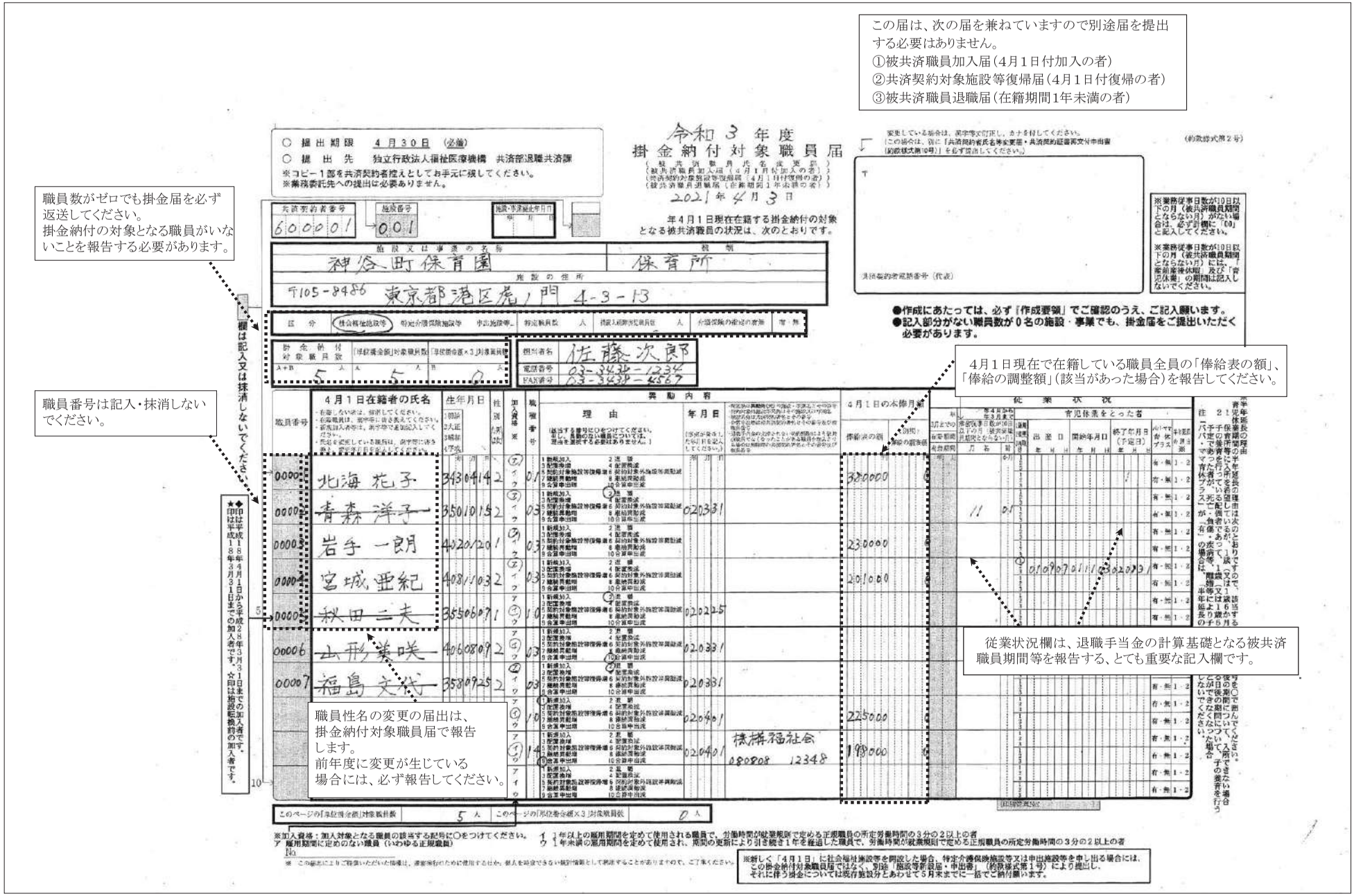
※２　「終了年月日」欄には子の満１歳の誕生日の前日までにおいて実際に育児休業が終了した年月日を記入します。なお、子が１歳を超えても休業が必要と認められる一定の場合（保育所に入所を希望しているが、入所できない場合他）にあっては、子が１歳６ヶ月に達するまでの間、育児休業を取得することができますので、「半年延長の理由」欄の該当する番号を選択してください。

※３　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。

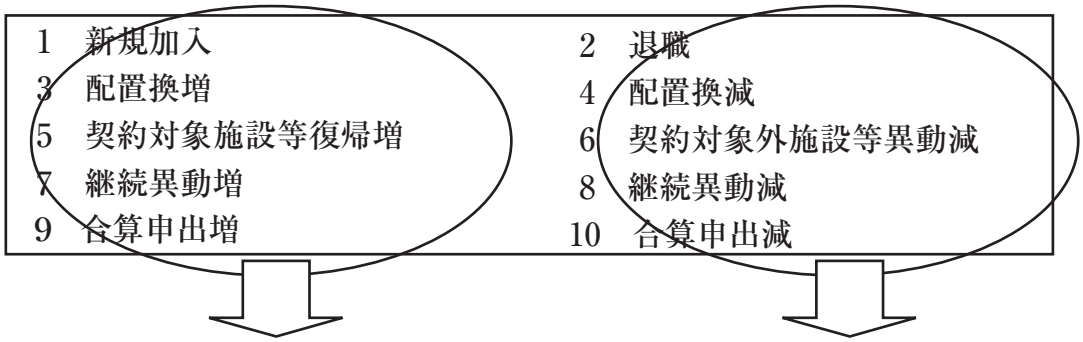
② 「掛金納付対象職員届」の記載上の留意点

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。

＊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。



Point 1　異動内容の理由について



＋（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）

共済契約者の都合により、別の共済契約者と合意の上で加入可能な共済契約対象施設に職員が転職する場合で、退職手当金を請求せず、1日の空白もなく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（H 28.3.31 以前退職日の場合は、2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。

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 2021 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。

③ 「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　施設・事業を廃止または経営移管した結果、経営する施設・事業等から、社会福祉施設等または特定介護保険施設等に該当する施設・事業がなくなった場合には、共済法で規定する共済契約の解除事由に該当します。
この場合は「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、速やかに、提出してください。

2　施設・事業を移管する場合であって、かつ施設・事業の移管を受けた経営者が共済契約者である場合（共済契約者が施設・事業の移管を受けるとき、または移管日と同日付で新規に共済契約締結するとき）は、移管する施設・事業で引き続き雇用される被共済職員は、退職扱いとせず移管前の被共済職員期間を通算します。
この場合の「経営者でなくなった者の届」は、移管を受ける経営者に渡していただき、移管を受ける経営者は、その他の必要書類と一緒に機構あてに提出してください。

3　経営者でなくなったことによる共済契約の解除となる場合、制度上では、退職の扱いとなります（２で記載した経営移管により引き継がれる被共済職員を除きます）。
この場合、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。

「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）
経営者が交替した場合＜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。
新設合併＜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＞		
吸収合併と新規加入＜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＞		
全部の施設・事業が廃止・休止＜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。	

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）

◎◎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。**

機構受付日付印

令和 ○ 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。

共済契約者番号						共済契約者				
１	３	○	×	△	○		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 03－3438－00×△

経営者でなくなった年月日	元号	年		月		日	①
	○	○		３	３	１	

経営者でなくなった理由 （該当する記号に○）	ア　組織変更	オ　公営移管	②
	(イ)　法人解散	カ　死　亡	
	ウ　廃　止	キ　交　替	
	エ　休　止	ク　その他（　　）	

	名　称	被共済職員数	
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	虎ノ門保育園	人 ４	③
	第二虎ノ門保育園	人 ５	
		人	
		人	
備　考	変更後の 共済契約者（経営者）名（ 社会福祉法人霞が関福祉会 ） 共済契約者番号（ １３○△×× ）		④

<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
（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
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
※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あるときは、遅滞なく、「被共済職員退職届（約款様式第７号）」並びに「退職手当金請求書（約款様式第７号の２）」又は「合算制度利用申出書」（約款様式第７号の３）」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。

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。

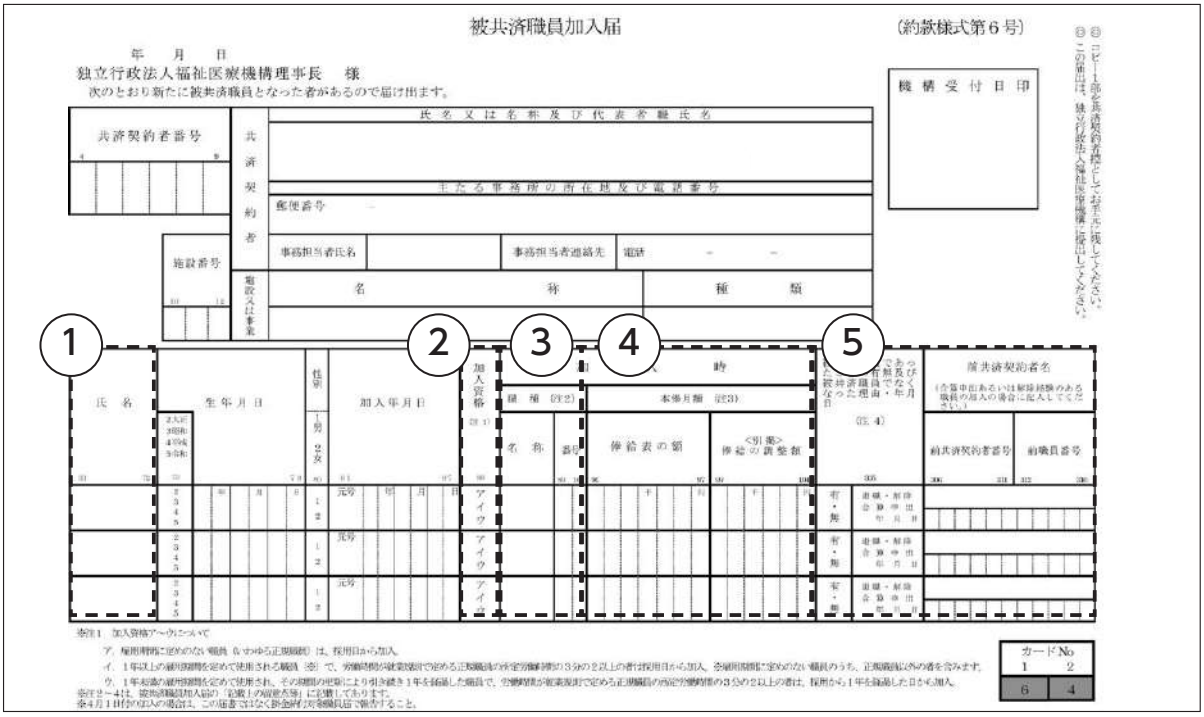
③ 社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数
・名称及び経営者でなくなった年月日直前に被共済職員であった者の人数を記入してください。

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。

④ 「被共済職員加入届」の記載上の留意点

新規の正規職員を採用した場合や嘱託、パート等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）。

なお、新規で加入させない旨届出の手続きをしている施設等は除きます。



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。

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
			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
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				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　本俸月額

・「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。
・「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。
・　俸給の調整額とは、本制度において、退職手当金の計算の基礎額に算入する、特別な手当をいいます。俸給の調整額については、『Ⅰ　退職手当共済制度の概要　３　被共済職員に関する事項　の『3　俸給の調整額について』」で説明しています。
・　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（H 28.3.31以前退職日の場合は、２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。）

※「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。

⑤ 「共済契約者間継続職員異動届」記載上の留意点

継続異動とは、被共済職員が、共済契約者間で異動（移籍）する場合に、当共済制度上では退職とせずに、被共済職員期間を通算する制度で、条件は次のとおりです。

① 異動（移籍）は、共済契約者の業務上の都合によるものであること。

② 共済契約者の間で被共済職員の異動（移籍）の合意が事前に出来ていること。

③ １日も間が空かない異動であること。

④ 異動後速やかに、「共済契約者間継続職員異動届」を不備なく提出できること。

※条件を満たさない場合、取り扱いができません。

※新規に加入させない旨の届出を行った施設は、異動後の勤務先施設とできません。

記入・提出上の留意点は次のとおりです。

（１）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
			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
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				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）

（２）提出方法

異動後の共済契約者が、機構あてに提出してください。

(記載例)

(約款様式第８号)

共済契約者間継続職員異動届

機構受付日付印

・本届出は、業務上の都合ではなく、自己都合による転職の場合には使用できません。
・異動前後の共済契約者間での事前合意がない場合（両者の記入がない場合）は、無効となります。

年　月　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。

被共済職員氏名	(フリガナ) カミタニ ハナコ 神谷 花子	生年月日	2 大正 3 昭和 ④ 平成 5 令和　0 8 年 1 1 月 1 0 日
異動後の共済契約者	共済契約者番号 1 3 9 9 9 9	施設番号 0 0 1	採用年月日 令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日
	職種 名称	調理員	番号 0 9
	氏名又は名称	社会福祉法人　虎会	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	俸給表の額 1 7 8 9 0 0 円 / <別掲>俸給の調整額 0 円
	事務担当者氏名	千代田　東男　電話 03 - 3438 - 0000	
	勤務する施設又は事業所	虎千保育園	種類
異動前の共済契約者	共済契約者番号 1 3 8 8 8 8	職員番号 0 0 9 9 9	異動前の本俸月額
	氏名又は名称	社会福祉法人　霞福祉会	俸給表の額 1 7 5 0 0 0 円 / <別掲>俸給の調整額 0 円
	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	退職月の出勤日数（月の末日での退職ではない場合に記入してください）　日
	事務担当者氏名	台東　知子　電話 03 - 3253 - 0000	退職日 令和 0 3 年 0 3 月 3 1 日
	勤務する施設又は事業所	厚保育園	

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）		育児休業の申請があった者			
月名	左月の計				
□ 4月　☑ 10月 □ 5月　□ 11月 □ 6月　□ 12月 □ 7月　□ 1月 ☑ 8月　□ 2月 □ 9月　□ 3月	合計 2 月	1 新規 2 変更 3 再取得	出産日	元号 年 月 日	パパ・ママ育休プラス 有・無
			育児休業開始日	元号 年 月 日	半年延長の理由(※) 1・2
			育児休業終了日	元号 年 月 日	
		1 新規 2 変更 3 再取得	出産日	元号 年 月 日	パパ・ママ育休プラス 有・無
			育児休業開始日	元号 年 月 日	半年延長の理由(※) 1・2
			育児休業終了日	元号 年 月 日	

カードNo. 5 8

(※) 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　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、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か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合
注.「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

⑥ 「共済契約対象（外）施設等異動届」（異動の場合）の記載上の留意点

1　この届出は、共済契約対象外の施設又は事業に異動した場合、退職手当金を請求しないで、被共済職員期間の「共済契約対象外施設等へ異動した場合の合算制度」を利用する場合にのみ、必要となります。

※共済契約対象外の施設又は事業への異動は、本制度では「退職」として扱います。

2　「共済契約対象外施設等へ異動した場合の合算制度」が利用できるのは､次の条件を満たす場合です。

①　最初の契約対象施設で、被共済職員として継続して１年以上勤務していること。

②　契約対象外施設に配置換えとなった際に､「共済契約対象(外)施設等異動届」(約款様式第９号)を機構あてに提出し、退職手当金は請求していないこと。

③　配置換えの日から起算して５年以内に、同じ経営者の共済契約対象の施設に配置換えとなり、加入要件を満たしたうえで再び加入手続きを行うこと。

④　契約対象施設に配置換えとなった際に､「共済契約対象（外）施設等異動届」(約款様式第９号)を機構あてに提出し、再加入の報告をしていること。

3　契約対象外施設に配置換えとなったまま５年を超えると、時効により退職手当金の請求権が消滅します。５年以内の再加入が不可能と分かった時点で、退職手当金を請求してください。

4　退職手当金を請求する場合には、被共済職員届と退職手当金請求書の提出が必要となります。詳しくは、被共済職員届等の説明でご確認ください。

【人事異動にあたっての注意】

・平成１８年度及び平成２８年度の制度改正後に採用した職員は、「制度改正後に加入させない手続き」を行った施設に再び異動しても、本制度に加入できません。

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

「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。

「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。

※１　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。)

※２　「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）にあっては、子が１歳６か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。

※３　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。

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。

・「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。

・「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。

・　俸給の調整額とは、本制度において、退職手当金の計算の基礎額に算入する、特別な手当をいいます。俸給の調整額については、『Ⅰ　退職手当共済制度の概要　３　被共済職員に関する事項　の『３　俸給の調整額について』」で説明しています。

・　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。

契約対象外施設へ異動の場合

> 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。

共済契約対象（外）施設等異動届

（約款様式第９号）

年　月　日

□□□福祉医療機構理事長　様

被共済職員が次のとおり	届出区分　1	共済契約対象外施設等へ異動しました
	2	共済契約対象施設等へ復帰しました

該当する届出区分に〇をつけてください。

※本書は、退職手当金を請求せずに異動後５年間以内の復帰に対応する合算制度を利用する場合に限り、必要となります。

機構受付日付印

1 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	2 大正　3 昭和　4 平成　5 令和　年　月　日	

①

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	

1．共済契約対象外施設等異動の場合（届出区分「1」に〇をつけた場合に記載する欄となります。）

②

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）	
207 月名 218	計 254
	か月
異動月の出勤日数	日

育児休業の申請があったもの

255　1 新規　2 変更　3 再取得	出産日	元号 234 年 月 239 日	
	育児休業開始日	元号 241 年 月 246 日	
	育児休業終了日	元号 248 年 月 253 日	
	パパ・ママ育休プラス	有・無	
	半年延長の理由（※）	1・2	
257　1 新規　2 変更　3 再取得	出産日	元号 259 年 月 262 日	
	育児休業開始日	元号 264 年 月 269 日	
	育児休業終了日	元号 271 年 月 276 日	
	パパ・ママ育休プラス	有・無	
	半年延長の理由（※）	1・2	

③

共済契約対象施設等最終在籍年月日　元号 87 88 年 89 90 月 91 92 日

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）

年　月（元号）（年）（月）	俸給表の額	
94 … 97	98 …	
113 … 116	117 … 123	125 …
132 … 135	136 … 142	144 …
151 … 154	155 … 161	163 …
170 … 173	174 … 180	182 …
189 … 192	193 … 199	201 …

> 契約対象外施設に異動した場合に記入してください。

④

＜添付書類＞
異動先の施設等が同一の共済契約者の経営であることが確認できる書類（「定款」（写）等）を添付してください。

2．共済契約対象施設等復帰の場合（届出区分「2」に〇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してください。

		職種		復帰時の本俸月額	
		名称	番号	俸給表の額（円）	＜別掲＞俸給の調整額（円）
共済契約対象外施設等異動年月日	元号　年　月　日		92　93	94　100	101　106
共済契約対象施設等復帰年月日	86　年　月　91 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〇で囲んでください。
1　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、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か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合
注.「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

1 カードNO 2

◎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……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。**

⑦ 「共済契約対象（外）施設等異動届」（復帰の場合）の記載上の留意点

「共済契約対象（外）施設等異動届」の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。

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。

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。

共済契約対象（外）施設等異動届

（約款様式第９号）

年　月　日

福祉医療機構理事長　様

被共済職員が次のとおり

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

該当する届出区分に○をつけてください。

※本書は、退職手当金を請求せずに異動後５年間以内の復帰に対応する合算制度を利用する場合に限り、必要となります。

機構受付日付印

1 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　ー
		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	2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和　年　月　日
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

1

１．共済契約対象外施設等異動の場合（届出区分「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	元号 87 88 年 89 90 月 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）			
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）	
	か月		
異動月の出勤日数	日	年　月（元号）（年）（月）	俸給表の額 / ＜別掲＞俸給の調整額 手当名（　　）（円）
育児休業の申請があったもの			

255	出産日	元号 234 年 月 239 日	94 97	98 104 / 106 111
1 新規	育児休業開始日	元号 241 年 月 246 日	113 116	117 123 / 125 130
2 変更	育児休業終了日	元号 248 年 月 253 日		
3 再取得	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		
257	出産日	元号 259 年 月 262 日	151 154	155 161 / 163 168
1 新規	育児休業開始日	元号 264 年 月 269 日	170 173	174 180 / 182 187
2 変更	育児休業終了日	元号 271 年 月 276 日		
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であることが確認できる書類（「定款」（写）等）を添付してください。

2　3　4

済契約対象施設等復帰の場合（届出区分　つけた場合に記　なります。）
４／１付の復帰の場合は、この届出ではな　付対象職員届で報告　ださい。

					職種		復帰時の本俸月額	
					名称	番号	俸給表の額（円）	＜別掲＞俸給の調整額（円）
共済契約対象外施設等異動年月日	元号	年	月	日		92 93	94 100	101 106
共済契約対象施設等復帰年月日	86	年	月	91 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　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、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か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合
注.「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

1 カードNO 2

◎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。◎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 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
			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
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				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。

注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。）

注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。

⑧ 「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

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。

共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書

（約款様式第１０号）

令和 ○ 年 **4** 月 **1** 日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

機構受付日付印

◎ 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。
◎ **共済契約者名の変更をした場合及び共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合には、下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。**

① 次のとおり

届出区分		
	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						共済契約者	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会		
1	3	○	×	△	○		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 **03－3438－00×△**

②

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	**紛失したため**

※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。

③ 1．共済契約者の変更事項

名　称 変更年月日　年　月　日	新	フリガナ										
	旧											
主たる事務所の所在地 変更年月日　年　月　日	新	郵便番号				－						
		都道府県										
	旧											

④ 2．共済契約対象施設等の変更事項

施設番号	0	0	3	種類コード					
名　称 変更年月日　年　月　日	新								
	旧								
所在地 変更年月日 令和 ○ 年 **4** 月 **1** 日	新	郵便番号 １０５ － ○×△× **東京都港区虎ノ門１－○－×**							
	旧	**東京都港区虎ノ門２－△－○**							
種　類	新								
	旧								

⑤ **<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、（所轄庁受理印付の「変更届」（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 ▨は記入しないでください。

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。

注 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
② 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
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

※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、社会福祉法人に限られますので、①～③に該当する場合は、契約解除手続き又は契約手続きが伴います。

〈契約解除手続き〉変更前の共済契約者（経営者）は、「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)」を提出してください。

〈契 約 手 続 き〉変更後の経営者は、共済契約を希望する場合、共済部退職共済課までご連絡ください。ただし、③経営が個人（共済契約者）から個人（経営者）に交代した場合、共済契約を申し込むことはできません。

⑨ 「共済契約対象施設等一部廃止届」の記載上の留意点

共済契約対象施設等の一部について廃止し若しくは休止し、又は経営を移管したときは、速やかに、「共済契約対象施設等一部廃止等届」を提出してください。

本届を提出する必要がある場合は、当該施設・事業の廃止等を行った後においても他に社会福祉施設等又は特定介護保険施設等を経営している場合となります。

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等のすべての施設を経営しなくなる場合は、「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）をご参照ください。

共済契約対象施設等一部廃止届

（約款様式第１２号）

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

◎◎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。

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								
1	3	○	×	△	○	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	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 03－3438－00×△

	施設番号	名称	休止・廃止経営移管年月日
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等	0 0 3	港デイサービスセンター	元号 令和　年 ○　月 3　日 1

1 経営していた最終日

理由（該当する記号に○）	ア．廃止（○） イ．休止 ウ．経営移管

2

被共済職員					
(1) 退職者	1 人	(2) 引継（移管）職員	人		
(3) 配置換職員	2 人	(4) 継続異動職員	人		
(5) 共済契約対象外施設等への異動職員	人	(6) 合算申出職員	人		
		合計	3 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（　　）

<添付書類>
1　共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿（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）「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等
※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
（1）法人の定款（写）
（2）定款変更申請書（写）及びその他書類

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.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＞
1　「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。
（1）退職者及び合算申出職員…被共済職員退職届（約款様式第７号）並びに退職手当金請求書（約款様式第７号の２）又は合算制度利用申出書（約款様式第７号の３）
（2）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）
（3）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）
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。

（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。

共済契約者番号	施設番号	施設区分（該当する区分に○をつけてください。）	廃止する施設・事業の名称
123540	003	1 社会福祉施設等 / ②特定介護保険施設等 / 3 申出施設等	

	職員番号	職員氏名	元号（2大正 3昭和 4平成 5令和）	生年月日（年 月 日）	1男 2女	異動時職種 名称	異動時職種 番号	異動の内容 理由（該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。）	異動の内容 施設等名称（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。）	施設番号（※施設番号は「配置換」時のみ記入）	異動後共済契約者名（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
1	00009	福岡良太	③	42年11月23日	①	介護職員	04	④継続異動			(福)神谷町会	189012
2	00013	千葉育子	③	43年08月19日	②	事務員	10	①退職（合算申出含む）				
3	00020	秋田千恵	③	59年07月11日	②	介護職員	04	③配置換	門苑	005		
4	00042	山口健太	③	59年09月03日	①	〃	04	③配置換	門ヘルパーセンター	008		
5	00062	奈良恵	③	60年05月17日	②	〃	04	①退職（合算申出含む）			(福)埼玉会	111111
6			2 3 4 5	年 月 日	1 2							
7			2 3 4 5	年 月 日	1 2							
8			2 3 4 5	年 月 日	1 2							
9			2 3 4 5	年 月 日	1 2							
10			2 3 4 5	年 月 日	1 2							

理由の選択肢：1.退職（合算申出含む） 2.引継（移管） 3.配置換 4.継続異動 5.契約対象外施設等異動

※　　は記入しないでください

① 休止・廃止・経営移管年月日

ア　次の届出等の必要のある休止・廃止の場合

（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

} による休止・廃止の年月日を記入してください。

イ　上記ア以外の休止・廃止の場合（※法令により許認可・届出の必要のない場合のみ）

法人の定款（写）、定款変更申請書（写）及びその他の書類から休止・廃止の年月日を記入してください。

ウ　経営移管の場合

他の経営者に経営を移管した日を記入してください。（新経営者が「施設等新設届・申出書」に添付する共済契約対象施設等の経営者が変更したことを証する書類の変更年月日の前日）

【廃止等に伴い退職された場合の留意点】

アからウの書類により確認された廃止等の日以後は、当該施設・事業は、共済法による共済契約対象施設等でなくなるため、残務整理等に従事していたとしても被共済職員として加入し続けることはできません。従って、共済制度上は、退職者となります。

例 虎ノ門デイサービスセンターを△△年５月３１日に廃止したが、残務整理等で同年６月３日に退職した場合は、退職日は、同年５月３１日となります。

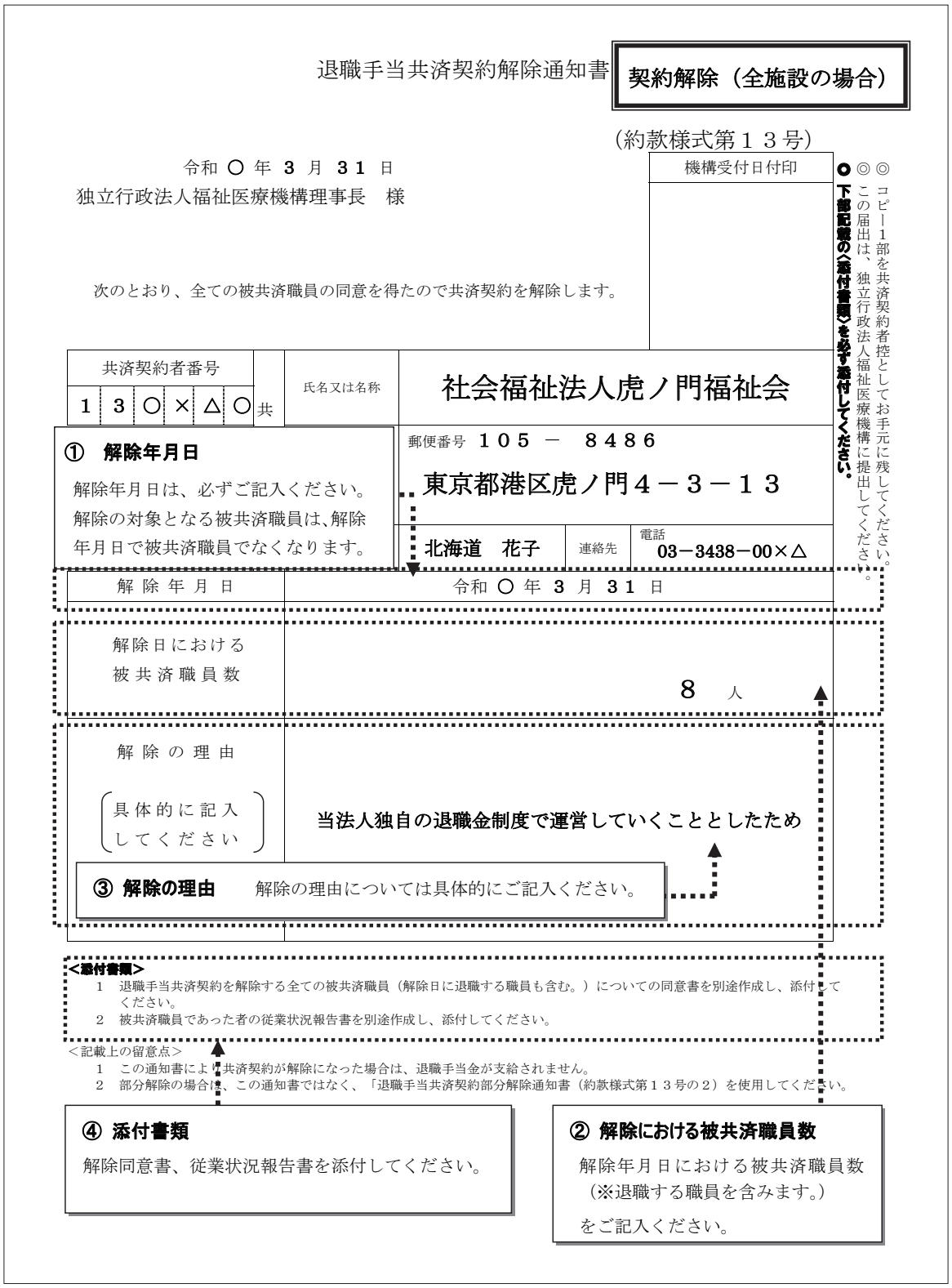
例 虎ノ門デイサービスセンターを△△年５月３１日に廃止したが、翌日６月１日に配置換えで共済契約対象施設の虎ノ門特別養護老人ホームに異動し、同年７月３１日に退職した場合は、退職日は、同年７月３１日となります。

② 被共済職員数

- 「（1）退職者」の人数は、廃止等の日をもって被共済職員でなくなる人数で、その日に共済契約者との雇用関係が終了した者（経営移管先に引き継がれる職員は除きます。）及び共済契約者と雇用関係は継続しているが、当該施設・事業の残務整理等に従事する者等を合計した人数とします。
- 「（2）引継（移管）職員」の人数は、経営移管により引き続き当該施設・事業の職員となる者の人数を記入してください。
- 「（3）配置換職員」の人数は、廃止等の日の翌日付けで共済契約者が経営する他の共済契約対象施設等へ配置換したものがあるときは、その職員の人数を記入してください。
- 「（4）継続異動職員」の人数は、廃止等の日の翌日に他の共済契約者へ継続異動させた者があるときは、その職員の人数を記入してください。
- 「（5）共済契約対象外施設等へ異動職員」の人数は、廃止等の日の翌日付けで共済契約者の経営する共済契約対象外施設等へ異動させたものがあるときは、その職員の人数を記入してください。
- 「（6）合算申出職員」の人数は、廃止等の日で１年以上被共済職員であった者が、退職手当金の請求をせず、合算制度利用を申出するときは、その職員の人数を記入してください。

⑩「退職手当共済契約解除通知書」（全施設の場合）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、「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。



退職手当共済契約解除通知書　**契約解除（全施設の場合）**

（約款様式第１３号）

令和 ○ 年 **3** 月 **31** 日
独立行政法人福祉医療機構理事長　様

機構受付日付印

◎◎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。

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							氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会
1	3	○	×	△	○	共		

郵便番号 １０５ － ８４８６
東京都港区虎ノ門４－３－１３
北海道　花子　連絡先　電話 03－3438－00×△

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、解除年月日で被共済職員でなくなります。

解除年月日	令和 ○ 年 **3** 月 **31** 日
解除日における被共済職員数	**8** 人
解除の理由（具体的に記入してください）	**当法人独自の退職金制度で運営していくこととしたため**

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。

<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途作成し、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途作成し、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。

④ 添付書類
解除同意書、従業状況報告書を添付してください。

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。

注　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。

⑪ 「退職手当共済契約部分解除通知書」（解除範囲限定の場合）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、「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）

令和 ○ 年 3 月 31 日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

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。

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。

共済契約者番号							氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会
1	3	○	×	△	○	共済		105 － 8486
								港区虎ノ門４－３－１３
							担当者氏名	花子　連絡先　電話 03－3438－00×△

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、解除年月日で被共済職員でなくなります。

解除年月日	令和 ○ 年 3 月 31 日

部分解除をする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	施設番号	名称	解除する部分（該当番号に○印をつけてください。）	被共済職員数
	0 0 2	障害就労センター	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 ※1 ③ 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2 4．施設転換後の被共済職員	人 3
			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 ※1 3．平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2 4．施設転換後の被共済職員	

④ 添付書類
解除同意書、従業状況報告書を添付してください。

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。

解除の理由（具体的に記入してください）	平成２８年制度改正後に当該施設で採用する職員は、法人独自の退職金制度で運営するため

<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を含む。）についての同意書を別途作成し、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途作成し、添付してください。

契約者控としてお手元に残してください。
行政法人福祉医療機構に提出してください。

「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ます。

「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）に限ります。

※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）に限ります。

※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。

⑫ 解除通知にかかる「解除同意書」、「従業状況報告書」の記載上の留意点

退職手当共済契約解除通知書、退職手当共済契約部分解除通知書の共通添付書類です。

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	認印
1			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
2			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
3			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
4			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
5			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
6			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
7			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
8			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
9			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
10			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
11			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
12			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
13			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
14			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
15			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
16			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
17			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
18			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
19			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印
20			元号　年　月　日	元号　年　月　日	印

※ この同意書に記入した場合、退職手当金は支給されません。

※ この同意書は、被共済職員本人の自署・押印によるものとします。

1　全員の記入

同意が必要となる被共済職員全員の記入が必要です。

2　本人の自署と押印

被共済職員本人による氏名の自署と押印が必要です。パソコン作成印刷、ゴム印等は、同意書と認められません。

3　契約解除日を超えた日の同意は無効です。

解除通知書に記載した「解除日」より後の日付で得られた、解除同意は無効です。
契約解除が成立しません。

従業状況報告書

（従業状況報告書は施設ごとに作成してください）

共済契約者番号	施設番号

	職員番号	職員氏名	直前４月～解除月まで		育児休業をとった者			
			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)		１新　規 ２変　更 ３再取得	出産日	開始年月日 終了年月日（予定日）	パパ・ママ育休プラス
			月名	計				半年延長の理由（※）
1					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
2					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
3					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
4					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
5					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
6					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
7					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
8					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
9					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
10					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	１・２
					1 2 3	元号　年　月　日	元号　年　月　日	有・無
							元号　年　月　日	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　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、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か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合

注.「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

1　自署等の制約はありません。

2　必要事項を漏れなく記入してください。

⑬ 共済契約者が行う契約解除にあたっての留意点

1 契約解除できる範囲

本制度において、特定介護保険施設等又は申出施設等については、共済法で同意が必要と規定された被共済職員全員の同意を得た場合には、共済契約者が共済契約を解除できることとしています。

解除ができる範囲は、条件によって異なり、次のとおり整理できます。

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※1（特別養護老人ホーム等）		特定介護保険施設等※2（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、部分解除でなく契約解除（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。					

※1：特別養護老人ホーム等に該当する施設等の定義
　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）

※2：障害者支援施設等に該当する施設等の定義
　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、重度障害者等包括支援事業同行援護事業、
　同行援護事業、重度訪問介護事業、短期入所事業（ショートステイ）、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

注1 上記①の「特別養護老人ホーム等」

平成１８年3月３１日までに開設し、契約対象となっていた上記※１の施設･事業が該当します。

注2 上記②の「特別養護老人ホーム等」

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が該当します。

注3 上記③の「障害者支援施設等」

平成２８年3月３１日までに開設し、契約対象となっていた上記※２の施設･事業が該当します。

注4 上記④の「障害者支援施設等」

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が該当します。

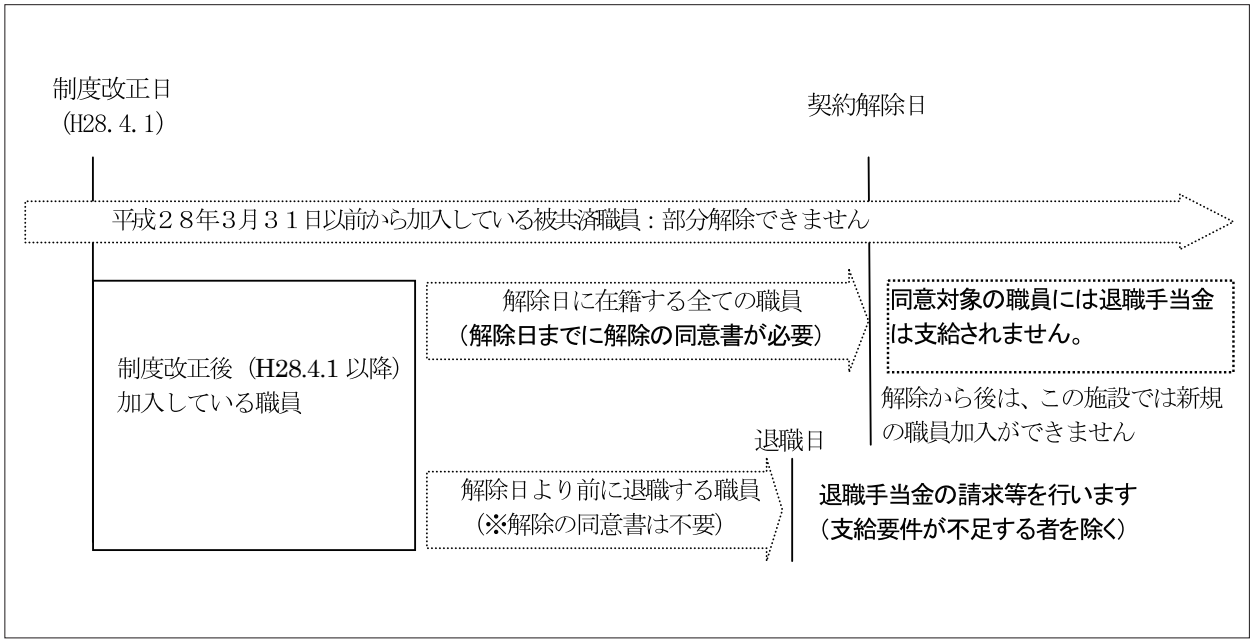
注５ 上記以外の部分解除の対象範囲について

次の転換があった場合、転換日以降に加入した被共済職員の同意を得ることで、当該被共済職員のみを対象とした契約解除できます。

・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）への転換
・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）への転換

【部分解除を行う場合の各種手続きの例示】

障害者支援施設で、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
※特別養護老人ホーム等の場合は、「平成２８年」を「平成１８年」に読み替えてください。



※解除同意は不要ですが、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）の提出をお願いしています。

２　契約解除に伴うリスク

(1) 退職手当金が支給されないこと

共済契約者が行う契約解除には、共済法で規定された職員の同意が必要です。なお、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。

(2) 掛金は返戻されないこと

本制度は積立方式ではないため、解除に伴う掛金の返戻はありません。

(3) 職員間で処遇の不均衡が生じる恐れがあること

解除の範囲によっては、同じ法人（又は施設）の職員の間で、退職手当金についての処遇の差が生じる恐れがあります。

(4) 人事異動に支障が生じる場合があること

契約解除により「契約対象外施設」となった施設に、被共済職員を配置換えすると、制度上では「退職」として扱われ、職員の不利益となるため、人事異動に支障が生じる場合があります。

3　職員が退職した時の手続き（退職の届出、退職手当金の請求、合算制度の利用申出、その他）

(1) 次の事項ごとに整理しています。

①「被共済職員退職届」と「退職手当金請求書」作成→提出→退職手当金の支給まで
②「被共済職員退職届」と「合算制度利用申出書」作成→提出まで
③「被共済職員退職届（約款様式第７号）」について
④「退職手当金請求書（約款様式第７号の２）」について
⑤「合算制度利用申出書（約款様式第７号の３）」について
⑥ 書類を提出する際の綴り方について（注意）
⑦ 遺族、相続人による請求手続きについて
⑧ 退職手当金の支給制限について（犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行による退職の場合）
⑨ 退職手当金の計算方式について

(2) 福祉医療機構への手続きは、書類（各種様式）で行います。

(3) 退職する職員が作成する書類には、「退職手当金請求書」または「合算制度利用申出書」があります。

(4) 共済契約者（経営者）から本人に対し、作成方法を説明していただきます。（このマニュアルを十分に活用してください）

〈ご注意〉

注１ **令和３年４月以降、様式を改定しています。可能な限り、最新の様式を使用してください。**

- 注意書きや重要事項を整理して、修文しました。
- 押印が不要となりました（一部の書類を除く）。

注２ **Ａ３版の旧様式（「被共済職員退職届」と「退職手当金請求書」が１枚になっているもの）は使用できません。**

① 「被共済職員退職届」と「退職手当金請求書」の作成→提出→退職手当金の支給まで

共済契約者（経営者）
・「被共済職員退職届」を作成（WAMNETのIDをお持ちの共済契約者はWEBシステムからも作成・印刷ができます）
・「退職手当金請求書」及び「目隠しシール」を退職者（請求者）に渡す

請求書

↓

退職者（請求者）
・「退職手当金請求書（添付書類を含む）」を作成（機構HPの作成支援ツールからも作成・印刷ができます）
（添付書類の写しを貼付用紙に貼り付け、目隠しシールで個人番号のみを隠す）
・共済契約者（退職した勤務先）に提出

請求書

↓

共済契約者（経営者）
・控として、「被共済職員退職届」のコピーを取る
・請求書をチェック
※「退職手当金請求書」の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。
・綴り方（P107参照）
① 1）「被共済職員退職届」、2）「退職手当金請求書（添付書類を含む）」の順に重ねる
② ホッチキス留め（３点留め）する
※個人番号が見えないよう、目隠しシールを貼る場合は左上に1か所ホチキス留めをしてください。
・ホチキス留めした書類一式を確認し、施設所在地の業務委託先（都道府県社会福祉協議会等　※P162）に提出（一部の府県については機構に直接提出）

退職届と請求書

↓

業務委託先（都道府県の社会福祉協議会等）
・必要事項を確認のうえ受理し、機構に送付

退職届と請求書

↓

独立行政法人福祉医療機構 共済部（退職給付課）
・受付、審査、内容確認（不備照会）、システムへの登録作業
※提出された退職届、請求書の記載事項をシステムに入力し、照合します。
記入誤りや不明な点等があった場合は、共済契約者・請求者に問い合わせます。
※退職手当金を正しく算出、支給するためには、処理に一定の時間を必要とします。（２か月程度）
特に、年度末退職者の多い時期は受付日順に処理するため、通常より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送金
・退職者へ送金通知書及び源泉徴収票を送付（宛所なしで戻ってきたものは、送付致しません）
・共済契約者へ支給月の翌月月初に支給決定状況報告を送付

↓

退職者（請求者）
・退職手当金を受領（指定口座）

送金通知書　源泉徴収票

共済契約者（経営者）
・支給決定状況報告を受領

支給決定状況報告

② 「被共済職員退職届」と「合算制度利用申出書」の作成→提出まで

共済契約者(経営者)
・「被共済職員退職届」を作成（WAMNETのIDをお持ちの共済契約者はWEBシステムからも作成・印刷ができます）
・「合算制度利用申出書」を退職者（退職手当金を請求しない場合）に渡す

合算制度利用申出書

⇩

退職者(合算制度利用の意向のある者)
・「合算制度利用申出書」を作成（１回目を記入したらコピーを保管します）
・共済契約者（退職した勤務先）に提出

合算制度利用申出書

⇩

共済契約者(経営者)
・合算制度利用申出書をチェック
・控として、「被共済職員退職届」と「合算制度利用申出書」のコピーを取る
・綴り方
　① 1)「被共済職員退職届」、2)「合算制度利用申出書」の順に重ねる
　② ホッチキス留め（左上に１点留め）する
・ホチキス留めした書類一式を確認し、施設所在地の業務委託先（都道府県社会福祉協議会等　※P162）に提出（一部の府県については機構に直接提出）

⇩

業務委託先(都道府県の社会福祉協議会等)
・必要事項を確認のうえ受理し、機構に送付

退職届と合算制度利用申出書

⇩

独立行政法人福祉医療機構 共済部(退職給付課)
・受付、審査、内容確認（不備照会）、システムへの登録作業
※提出 された退職届、合算制度利用申出書の記載事項をシステムに入力し、照合します。
記入誤りや不明な点等があった場合は、退職者・共済契約者に問い合わせます。

◎　合算制度利用を申し出た後の手続きについては、「合算制度利用申出書（約款様式第７号の３)」についてをご確認ください。

③ 「被共済職員退職届（約款様式第7号）」について

1 様式の入手方法

（1）電子届出システムを利用して作成・印刷

※電子届出システムには、「被共済職員退職届」が作成できる機能があります。

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。

（2）福祉医療機構のホームページ（退職手当共済事業のページ）から様式を印刷

※用紙は、すべて、Ａ４サイズ、片面印刷としてください。

2 被共済職員が退職した時は必ず提出してください

・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。

・退職者が「退職手当金請求書」または「合算制度利用申出書」を提出しない場合でも、必ず提出してください。

・「被共済職員退職届」は、必要な事項をすべて記入し、添付書類をそろえて、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（一部の府県は機構に直接提出）。

・なお、「被共済職員退職届」は、「退職手当金請求書（添付書類を含む）」または「合算制度利用申出書」とともに、提出していただくため、１件あたり複数枚になります。「⑥書類を提出する際の綴り方について（注意）」を参照し、散逸しないようにしてください。

3 １年未満の退職者の退職届

・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」の提出は不要です。

4 退職理由について

退職理由① 「普通退職」

・結婚・定年・転職・雇用契約期間満了などの自己都合による退職に該当するとき
給食部門の外部委託に伴う調理員の退職、勧奨退職等、また業務上ではない死亡による退職も、①普通退職に該当します。

退職理由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日以降に被共済職員期間１０年以内で退職する場合、②普通退職に該当します。

退職理由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」「業務上の死亡による退職」

退職理由	添付書類
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です。 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に該当する方は、別途機構にご連絡ください。	**＜３種類＞** ・共済契約者が発行する「現認証明書」（事務取扱要領様式 10 － 2 号） ・「障害補償給付又は傷病補償年金の支給決定通知書」（写） ・「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」 （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です。 労災の適用を受けない退職者で、③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。	**＜３種類＞** ・共済契約者が発行する「現認証明書」（事務取扱要領様式 10 － 3 号） ・「死亡診断書」（写） ・「葬祭料の支給決定通知書」（写） 又は 「第三者行為災害届」（写）（労基署受理のもの） ※ただし、遺族が請求するので、「⑦遺族、相続人による請求手続きについて」を参照してください。

退職理由④　「犯罪行為又は重大な非行による退職」

（1）犯罪行為について

刑罰法規により刑罰を科するに値する行為であって、禁錮刑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。

（2）その他これに準ずべき重大な非行について

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、禁錮刑以上の刑に相当する行為です。

※単なる就業規則違反に該当するもの、罰金刑が確定しているものは退職理由「①普通退職」として届け出てください。

（3）職員が、上記の「犯罪行為」又は「その他これに準ずべき重大な非行」に該当する行為を行ったことを理由にして、雇用契約を解消した場合をいいます。

犯罪行為等の責任をとっての退職であることが確認できる必要があります。

（4）添付書類

①～④は必須です。⑤は該当する場合です。⑥はあった場合です。⑦は福祉医療機構が別途求めた場合です。

① 犯罪等の概要（犯罪の内容、犯した期間・回数、被害の程度、発覚した時期、刑事事件化の有無、示談（弁済）の有無、被害届の有無）：様式は任意です。
② 共済契約者が発行した懲戒処分、解雇辞令（写）
③ 解雇等処分について審議された理事会の議事録（写）
④ 就業規則（写）
⑤ 判決があった場合の判決書（写）
⑥ 新聞記事（写）
⑦ その他（福祉医療機構が求めた場合）

5　記載上の注意（留意点）

（1）必要事項・該当事項は、必ず記入してください。

（2）退職理由③、④は必須の添付書類があります。漏れのないよう再確認してください。

（3）記載漏れや誤り、添付書類が不足している場合、退職手当金が支給できませんので、ご注意ください。

6　様式「被共済職員退職届（約款様式第７号)」

（約款様式第7号）

業務委託先受付日付印	機構受付日付印
755　761	762　768

被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

次のとおり、被共済職員が退職したので届出ます。

1．被共済職員退職届の原本は、業務委託先（都道府県の社会福祉協議会、共済会等）にご提出ください。
　写しをとって、共済契約者様の控えとしてお手元に残してください。
2．内容確認のため、給与台帳等の提出を依頼することがあります。
3．記載に当たっての留意事項や注意点は、福祉医療機構発行の「社会福祉施設等退職手当金共済制度マニュアル」をご参照ください。

作成日	年　月　日

職員番号	退職者の氏名	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	① 普通退職 …結婚・定年・転職・雇用期間満了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 ※②、③、④の場合は添付書類が必要です。
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）	149

退職者の生年月日	退職年月日	退職者の住所（連絡先） ※電話番号は携帯も可
135　141 2 大　正 3 昭　和 4 平　成 5 令　和 年　月　日	142　148 元号　年　月　日	郵便番号 847　853　電話番号 954　969 住所 854　953

退職届のみを提出している場合、その理由（該当するものにチェックしてください）

☐ 退職者の所在が不明　☐ 退職者が請求を放棄している　☐ 退職者の被共済職員期間が1年未満の場合

退職月の直前の4月から退職月までの期間

業務に従事した日数が10日以下の月があった場合
被共済職員とならない月です。
該当月をチェックしてください。
150　161

☐ 4月　☐ 10月
☐ 5月　☐ 11月
☐ 6月　☐ 12月
☐ 7月　☐ 1月
☐ 8月　☐ 2月
☐ 9月　☐ 3月

育児休業の申請があった場合

176	1 新規	2 変更	3 再取得
出産日	177 元号　年　月　183 日		
育児休業開始日	184 元号　年　月　190 日		
育児休業終了日	191 元号　年　月　197 日		
パパ・ママ育休プラス	975 有 ・ 無		
半年延長の理由（※） 975	1	2	

824	1 新規	2 変更	3 再取得
出産日	825 元号　年　月　831 日		
育児休業開始日	832 元号　年　月　838 日		
育児休業終了日	839 元号　年　月　845 日		
パパ・ママ育休プラス	976 有 ・ 無		
半年延長の理由（※） 976	1	2	

退職した月以前6か月の本俸月額
（「退職日が月末でない月」及び「被共済職員期間とならない月」は除きます）

年（西暦）	月	俸給表の額	俸給の調整額
198 元号　202	203　209		211　216 手当名（　手当）
217 元号　221	222　228		230　235 手当名（　手当）
236 元号　240	241　247		249　254
255 元号　259	260　266		268　273
274 元号　278	279　285		287　292
293 元号　297	298　304		306　311

（※）育児休業の半年延長の理由の記載
1　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、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か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合
注.「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

注. 俸給の調整額について
俸給は、職務の負担や困難度など勤務条件を考慮して決められるべきものであり、保育士など職種別に俸給表を作成することが望ましいものです。
しかし、業務の特殊性が著しい場合や、管理運営上の支障になるため多種の俸給表作成ができないなど、俸給表の本俸額では職員の労働に見合わない場合があります。
このような場合には、国家公務員の給与制度では、本俸額に加算するための調整額表を設けて、俸給の調整を行っており、「俸給の調整額」と呼んでいます。
社会福祉施設職員等退職手当共済制度では、この趣旨を踏まえ、福祉医療機構が適当と認めた手当を、退職手当金の計算の基礎として、本俸と同等に扱うこととしています。

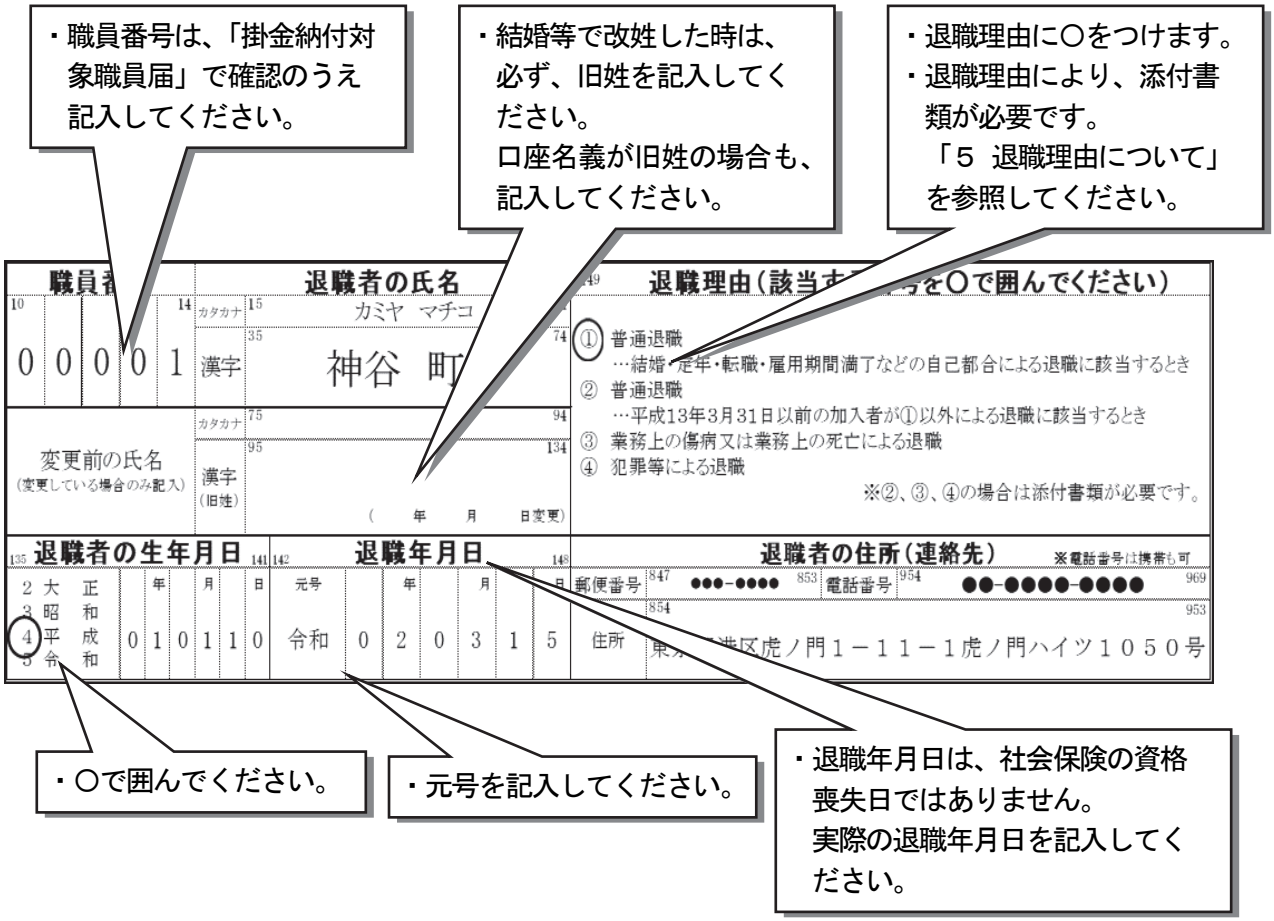
共済契約者番号	共済契約者	・氏名又は名称 ・住　所	1 カード 2　7　9
事務担当者氏名		連絡先	電話（市外局　）（　局）（　番）

福祉医療機構の処理欄（記載しないでください）

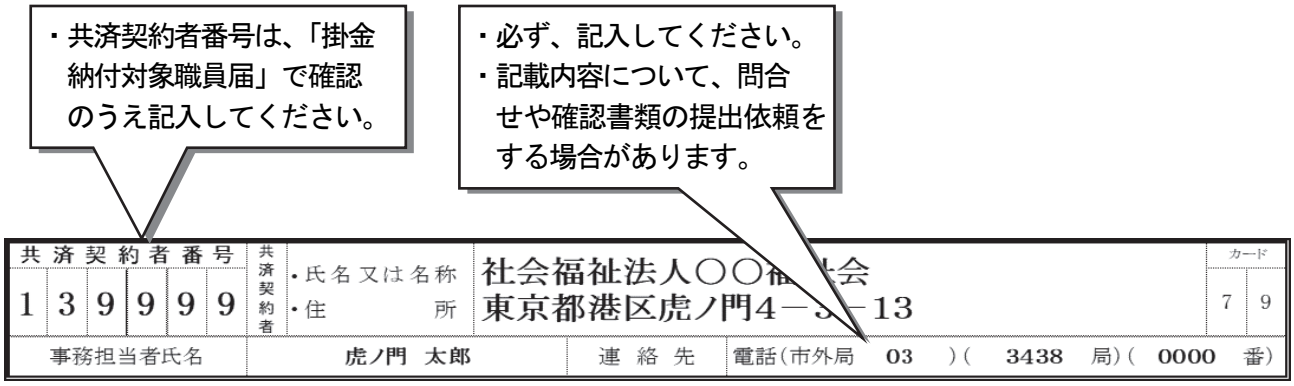
771 障害有無	773 受取済退職金額 780	781 徴収済税額 国税 787	788 市町村民税 794	795 道府県民税 801	802 勤続年数 803	804 振込区分

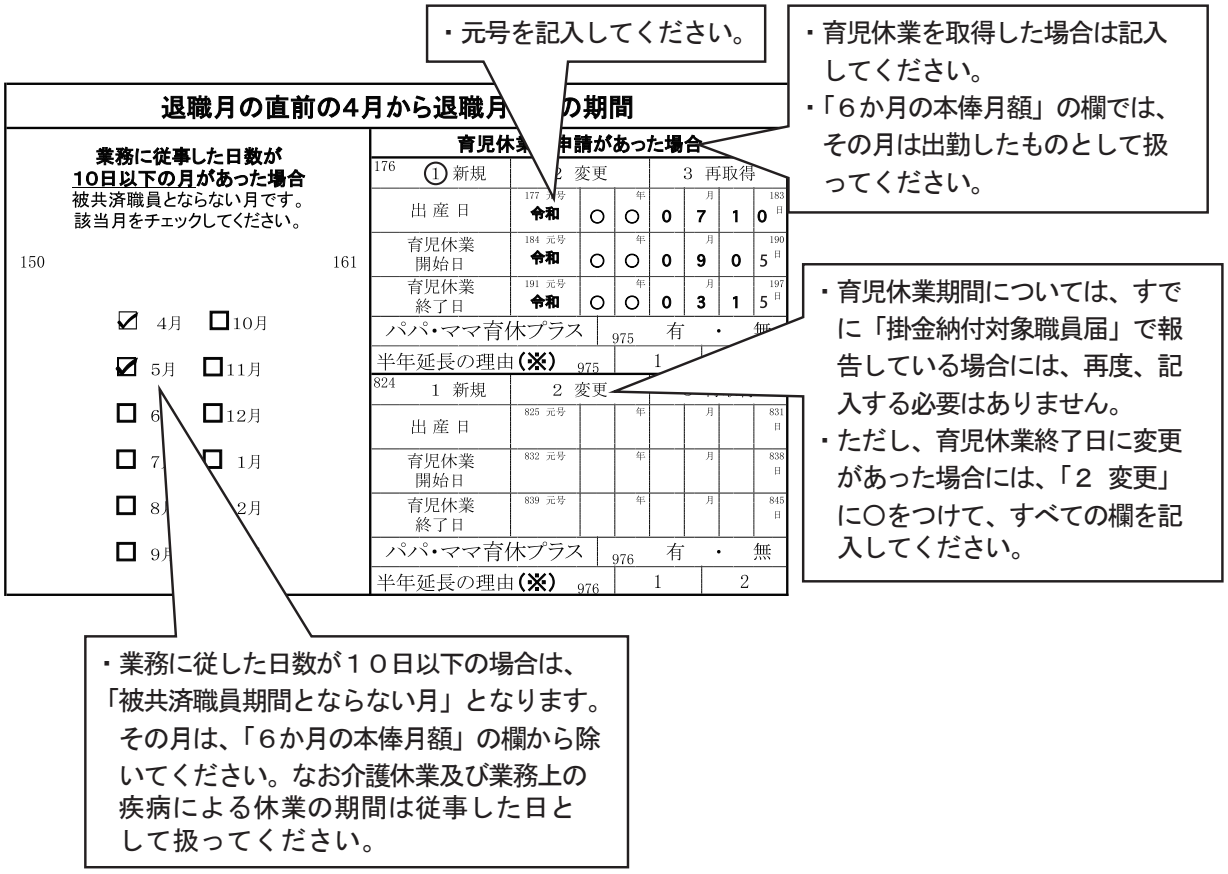
請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印	契約者訂正印	調整額名称有無	現認証明	添付書類	留保	確認
807	809	810	811	814	818	813	812	817	820

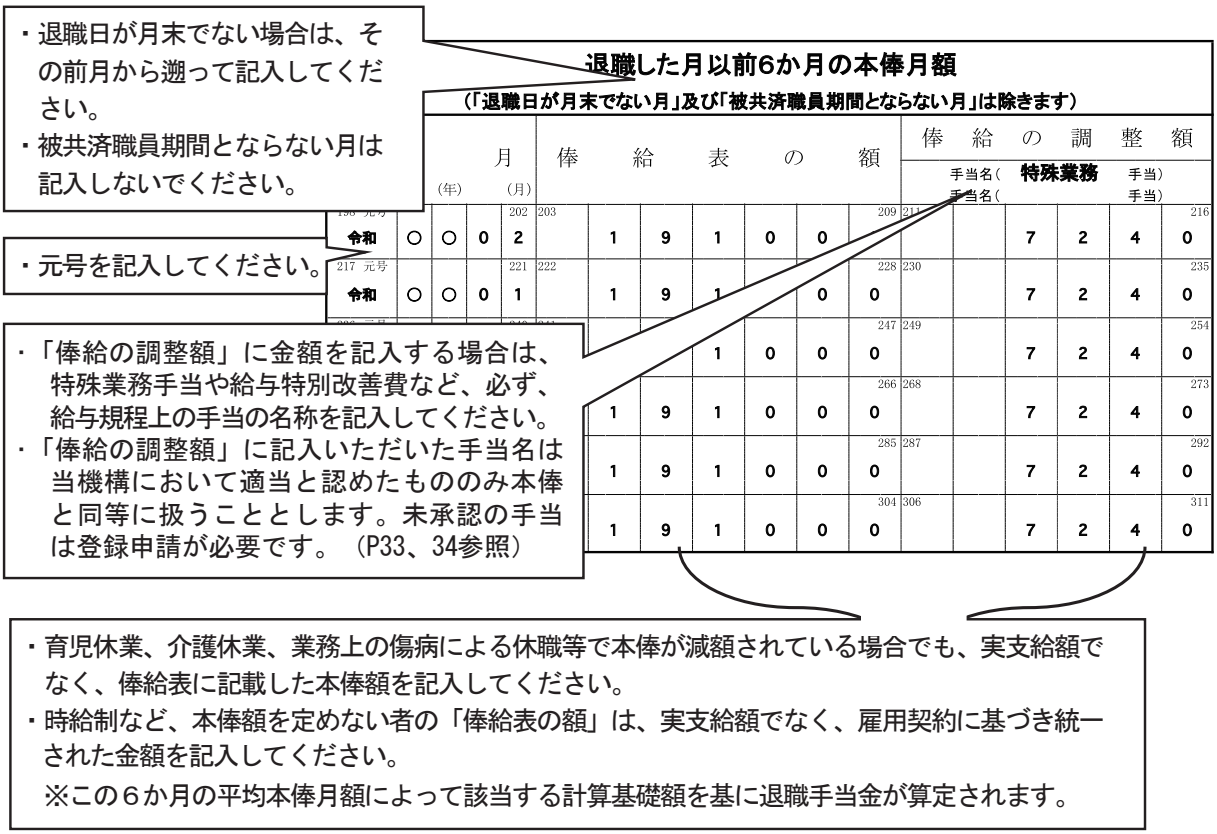
7　記入例


・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。
・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。
・退職理由に○をつけます。
・退職理由により、添付書類が必要です。
「５ 退職理由について」を参照してください。
退職者の氏名
カミヤ マチコ
神谷 町
変更前の氏名
(変更している場合のみ記入)
退職理由(該当する番号を○で囲んでください)
① 普通退職
…結婚・定年・転職・雇用期間満了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
※②、③、④の場合は添付書類が必要です。
退職者の生年月日
2 大 正
3 昭 和
4 平 成
5 令 和
01年 10月 10日
退職年月日
元号 令和 02年 03月 15日
退職者の住所(連絡先)
※電話番号は携帯も可
郵便番号 ●●●-●●●●
電話番号 ●●-●●●●-●●●●
住所 東京都港区虎ノ門１－１１－１虎ノ門ハイツ１０５０号
・○で囲んでください。
・元号を記入してください。
・退職年月日は、社会保険の資格喪失日ではありません。
実際の退職年月日を記入してください。

・該当する場合のみ、チェックしてください。
退職届のみを提出している場合、その理由
(該当するものにチェックしてください)
☐ 退職者の所在が不明
☐ 退職者が請求を放棄している
☐ 退職者の被共済職員期間が1月未満の場合


・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。
・必ず、記入してください。
・記載内容について、問合せや確認書類の提出依頼をする場合があります。
共済契約者番号
139999
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
カード
7 9
事務担当者氏名
虎ノ門 太郎
連絡先
電話(市外局 03)(3438 局)(0000 番)


・元号を記入してください。
・育児休業を取得した場合は記入してください。
・「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。
退職月の直前の4月から退職月
の期間
業務に従事した日数が
10日以下の月があった場合
被共済職員とならない月です。
該当月をチェックしてください。
150
161
4月
10月
5月
11月
6
12月
7
1月
8
2月
9月
育児休業
申請があった場合
176
① 新規
2 変更
3 再取得
出 産 日
177 元号
令和
○ ○ 0 7 1 0
183 日
育児休業
開始日
184 元号
令和
○ ○ 0 9 0 5
190 日
育児休業
終了日
191 元号
令和
○ ○ 0 3 1 5
197 日
パパ・ママ育休プラス
975
有 ・ 無
半年延長の理由(※)
975
1
824
1 新規
2 変更
出 産 日
825 元号
831 日
育児休業
開始日
832 元号
838 日
育児休業
終了日
839 元号
845 日
パパ・ママ育休プラス
976
有 ・ 無
半年延長の理由(※)
976
1
2
・育児休業期間については、すでに「掛金納付対象職員届」で報告している場合には、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、「２ 変更」に○をつけて、すべての欄を記入してください。
・業務に従した日数が１０日以下の場合は、「被共済職員期間とならない月」となります。
その月は、「６か月の本俸月額」の欄から除いてください。なお介護休業及び業務上の疾病による休業の期間は従事した日として扱ってください。


・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。
退職した月以前6か月の本俸月額
(「退職日が月末でない月」及び「被共済職員期間とならない月」は除きます)
月
(年)
(月)
俸 給 表 の 額
俸 給 の 調 整 額
手当名(特殊業務 手当)
手当名(手当)
・元号を記入してください。
・「俸給の調整額」に金額を記入する場合は、特殊業務手当や給与特別改善費など、必ず、給与規程上の手当の名称を記入してください。
・「俸給の調整額」に記入いただいた手当名は当機構において適当と認めたもののみ本俸と同等に扱うこととします。未承認の手当は登録申請が必要です。（P33、34参照）
令和 ○ ○ 0 2 1 9 1 0 0 0 7 2 4 0
令和 ○ ○ 0 1 1 9 1 0 0 0 7 2 4 0
1 0 0 0 7 2 4 0
1 9 1 0 0 0 7 2 4 0
1 9 1 0 0 0 7 2 4 0
1 9 1 0 0 0 7 2 4 0
・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、実支給額でなく、俸給表に記載した本俸額を記入してください。
・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。
※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。

【よくある誤りの例】

○ 雇用契約上の金額・勤務日数
日給６，０００円、週５日勤務
○ 令和〇〇年３月１５日退職
○ １１月と１２月は出勤日数が１０日以下

誤った記載例 ×：ケース１

退職者の生年月日							退職年月日						
	年		月		日		元号	年		月		日	
2 大正													
3 昭和													
④ 平成	0	1	0	1	1	0	令和	○	○	0	3	1	5
5 令和													

× 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

業務に従事した日数が10日以下の月があった場合
被共済職員とならない月です。
該当月をチェックしてください。

☐ 4月 ☐ 10月
☐ 5月 ☑ 11月
☐ 6月 ☑ 12月
☐ 7月 ☐ 1月
☐ 8月 ☐ 2月
☐ 9月 ☐ 3月

育児休業の申請があった場合

	1 新規	2 変更	3 再取得
出産日			
育児休業開始日			
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	

	1 新規	2 変更	3 再取得
出産日			
育児休業開始日			
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	

退職した月以前6か月の本俸月額
（「退職日が月末でない月」及び「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	俸給の調整額
			手当名（ 特殊業務 手当）
			手当名（ 手当）
令和	3	126,000	15,480
令和	2	112,000	15,480
令和	1	140,150	15,480
令和	12	200,000	15,480
令和	11	130,000	15,480
令和	10	125,000	15,480

× 被共済職員期間とならない月が含まれています。

× 実支給額を記入しているため、バラツキがあります。

正しい記載例〇：ケース１

退職者の生年月日							退職年月日						
	年		月		日		元号	年		月		日	
2 大正													
3 昭和													
④ 平成	0	1	0	1	1	0	令和	○	○	0	3	1	5
5 令和													

○ 退職日が末日でない場合は、６か月本俸に含みません。

退職月の直前の4月から退職月までの期間

業務に従事した日数が10日以下の月があった場合
被共済職員とならない月です。
該当月をチェックしてください。

☐ 4月 ☑ 10月
☐ 5月 ☑ 11月
☐ 6月 ☐ 12月
☐ 7月 ☐ 1月
☐ 8月 ☐ 2月
☐ 9月 ☐ 3月

育児休業の申請があった場合

	1 新規	2 変更	3 再取得
出産日			
育児休業開始日			
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	

	1 新規	2 変更	3 再取得
出産日			
育児休業開始日			
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	

退職した月以前6か月の本俸月額
（「退職日が月末でない月」及び「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	俸給の調整額
			手当名（ 特殊業務 手当）
			手当名（ 手当）
令和	2	126,000	15,480
令和	1	126,000	15,480
令和	12	126,000	15,480
令和	11	126,000	15,480
令和	10	126,000	15,480
令和	9	126,000	15,480

0

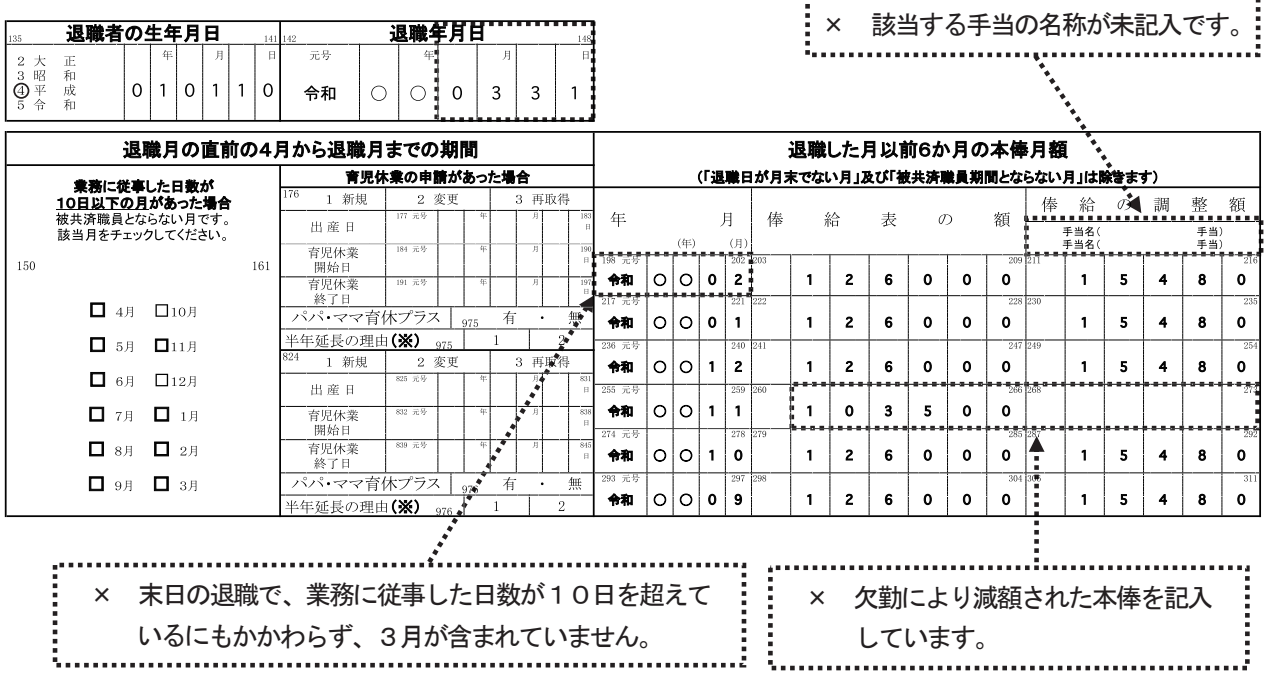
○ 被共済職員期間とならない月は、６か月本俸に含めません。

○ 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。

【よくある誤りの例】

○ 月給１２６，０００円で特殊業務手当１５，４８０円
○ 令和〇〇年３月３１日退職
○ １１月に欠勤したが、１０日を超える日数を出勤
○ ３月は６日出勤し、年次有給休暇を１５日とっている

誤った記載例 ×：ケース２

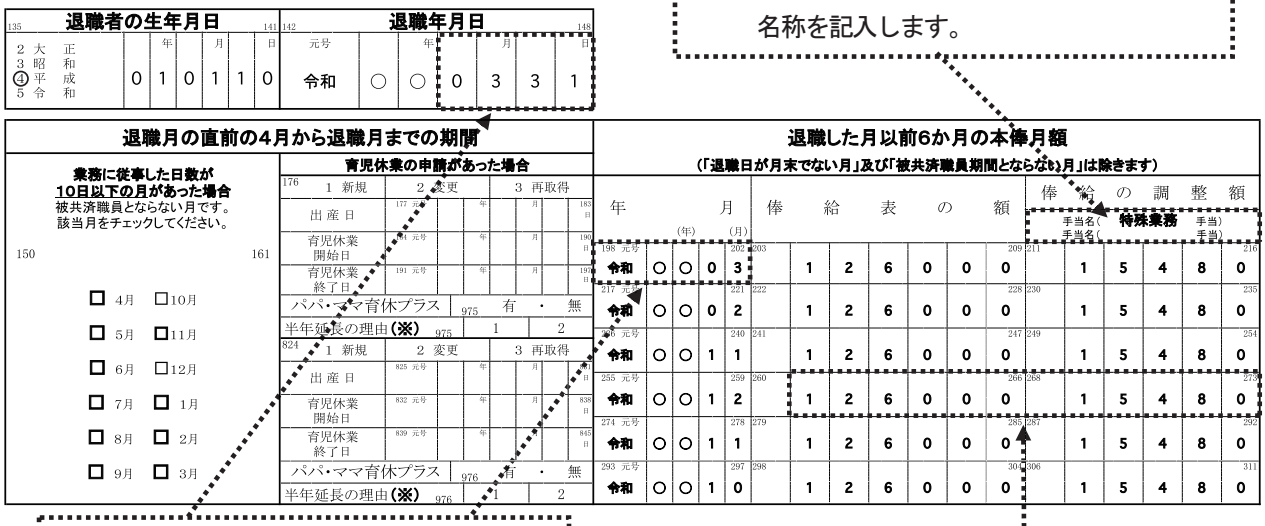


× 該当する手当の名称が未記入です。

× 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。

正しい記載例〇：ケース２



○ 該当する手当がある場合は、必ず、その名称を記入します。

○ 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）

○ 欠勤があっても、その月に１０日を超える出勤があれば格付本俸を記入します。

【よくある誤りの例】

○ 月給１６７，４００円
○ 令和〇〇年３月３１日退職
○ 育児休業をとっている

誤った記載例 ×：ケース３

× 通勤手当、管理職手当、扶養手当等は俸給の調整額に該当しません。

× 育児休業期間が欠勤の扱いにされています。

正しい記載例〇：ケース３

○ 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。

8　提出

・共済契約者は、「被共済職員退職届」と「退職手当金請求書（添付書類を含む）」または「合算制度利用申出書」をセットで、福祉医療機構の業務委託先（P162）へ提出してください。一部の府県については、機構へ直接提出してください。

※福祉医療機構の業務委託先（都道府県の社会福祉協議会等）は当該書類を福祉医療機構へ提出

注１ 共済契約者が「被共済職員退職届」を提出した後に、退職者が退職手当金を請求するときは、次の手続きを説明してください。

① 「退職手当金請求書」を作成（必要な事項をすべて記入し、添付書類をそろえてください）
② 福祉医療機構に直接提出
③ 退職者は控えを共済契約者へ提出

注２ 退職者の死亡により、遺族、相続人が請求する場合は、「⑦遺族、相続人による請求手続きについて」を参照してください。

④ 「退職手当金請求書（約款様式第7号の2）」について

1 様式の入手方法

（1）福祉医療機構のホームページ（退職手当共済事業のページ）掲載の作成支援ツールで作成・印刷
※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。
（2）福祉医療機構のホームページ（退職手当共済事業のページ）から様式を印刷
※用紙は、すべて、Ａ４サイズ、片面印刷としてください。

2 記載上の注意（留意点）

（1）「退職手当金請求書（添付書類を含む）」と一緒に「合算制度利用申出書」を作成しないでください。書類の用途が違います。
（2）太ワクの中は必ず記入してください。申告書も記入が必要です。（P99 ～ 101 参照）
（3）本紙には、必須の添付書類があります。
貼付用紙（台紙）が定められており、様式の２枚目～４枚目です。
（4）「退職手当金請求書」は添付書類を含めて、全体で複数枚になります。
ホッチキス（２点留め）で綴ってください。
（5）記載漏れや誤り、添付書類が不足している場合、退職手当金が支給できませんので、ご注意ください。
（6）振込先金融機関欄のすべてが未記入の場合は、退職手当金は支給できません。

3 マイナンバー（社会保障・税番号）制度について

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ました。
（1）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います。
（2）福祉医療機構では、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、本人確認として、個人番号の確認と身元（実存）確認を行います。
（3） 通知カードは、令和２年５月 25 日をもって廃止されました。（住民票と記載内容が同じであれば引き続き有効です）

4 退職手当金の請求は退職者本人が行うこと

退職手当金の請求は、退職者本人が行います。
このため、共済契約者は、退職手当金を請求できる者（職員）に対して、請求書の作成方法を説明してください。
（1）説明は、福祉医療機構のホームページ（退職手当共済事業のページ）に掲載されている「退職される皆さまへ～福祉医療機構退職手当共済制度のご案内～」を使ってください。
（2）退職される方には、「退職手当金請求書」（様式）のほか、「チェックリスト」、福祉医療機構のホームページ（退職手当共済事業のページ）に掲載されている「退職される皆さまへ～福祉医療機構退職手当共済制度のご案内～」をお渡しください。
（3）「退職手当金請求書」の提出後に届出した振込口座を機構に報告なく解約または名義変更すると、退職手当金を振込できません。

その場合、照会や振込先の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になりますので、福祉医療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説明してください。や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、福祉医療機構に連絡するよう説明してください。

なお、記載漏れや誤り、添付書類の不足が大変多くなっています。ご注意ください。

5　退職手当金を受け取れない場合

（1）退職した理由が、退職者の自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であると認定された場合は、退職手当金は支給されません。

（2）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。

（3）在籍期間が１年未満または被共済職員期間が１年未満の場合、退職手当金は支給されません。

6　様式「退職手当金請求書（約款様式第７号の２）」

（約款様式第7号の2）

846
0

機構受付日付印
977　983

退職手当金請求書（1枚目）

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

【注意】　※ 本請求書と一緒に合算制度利用申出書は提出しないでください。

1　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は、退職手当金を支給しないことがあります。
2　太ワクの中は必ず記載してください。
3　本紙には、必須の添付書類があります。貼付用紙（台紙）が定められており、2枚目～4枚目にあります。
　請求書全体は複数枚になりますので、ホッチキス（3点留め）で綴ってください。
4　記載漏れや誤り、添付書類が不足している場合、退職手当金が支給できませんので、ご注意ください。
5　振込先金融機関欄のすべてが未記入の場合は、本請求書は無効とします。

（作成日　　年　　月　　日）

◎本紙は、原則として、退職した勤務先に提出してください。
◎個人番号が記載されている添付書類には「目隠しシール」を貼ってください。（シールは元の勤務先又は福祉医療機構に申し出てください）

退職年月日	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）
退職した勤務先	法人名か施設名のいずれかを記入してください								

請求者	312 請求者区分（続柄） 1 退職者本人 2 相続人（　　） 3 遺　族（　　）	フリガナ 313　332 氏　名 333　372	373 生年月日 2 大正　3 昭和　4 平成　5 令和　年　月　日　379	連絡先電話番号（携帯も可）	
				市外局	局　番号
	郵便番号 〒 396　398 － 399　402	住所 403　502			

振込先金融機関	金融機関コード 570　573	店番号 574　576	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。 510　539　540　569 銀　行・信用組合 信用金庫・農業協同組合		本店・支所 支店・出張所
	口座番号（右詰めで記入してください） 577　583	預金種目 普　通	口座名義（左詰めでカタカナで記入してください） 585　605	請求者本人名義の金融機関口座としてください	

注．請求者欄の、2の相続人は「職員が退職後、退職手当金を受取る前に死亡した場合」です。3の遺族は「職員が死亡により退職した場合」です。
<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。

年　月　日
芝　税務署長
　　市町村長　殿

年分　退職所得の受給に関する申告書
退　職　所　得　申　告　書

支払者受付印

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3番13号
	名称（氏名）	独立行政法人福祉医療機構
	法人番号	8010405003688

あなたの	氏名	615　654
	現住所	〒　－
	個人番号	別添の個人番号確認書類のとおり
	その年1月1日現在の住所	655　754

【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。

源泉徴収票はのりづけとし、ホッチキスでとめないでください　源泉徴収票貼付欄

このA欄には、死亡退職による遺族請求を除き、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	年　月　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	自　年　月　日 至　年　月　日	年
	② 退職の区分等　一般 / 障害	生活扶助の有・無			

注意→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。

B	④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自　年　月　日 至　年　月　日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自　年　月　日 至　年　月　日	年

注意→あなたが前年以前4年内（その年に確定拠出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たことがある場合には、このC欄に記載してください。

C	⑥ 前年以前4年内（その年に確定拠出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）の退職手当等についての勤続期間	自　年　月　日 至　年　月　日	⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間	自　年　月　日 至　年　月　日	年

注意→A又はBの退職手当等についての勤続期間のうちに、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、そ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。

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	自　年　月　日 至　年　月　日　年	⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間	自　年　月　日 至　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	自　年　月　日 至　年　月　日　年	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自　年　月　日 至　年　月　日	年

注意→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）			
E	B	：　：					：　：	一般 障害	
	C	：　：					：　：	一般 障害	

注意 1　この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。
　　2　Bの退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票（特別徴収票）又はその写しをこの申告書に添付してください。

（約款様式第７号の２）添付書類用紙

退職手当金請求書（２枚目）

貼付用紙　振込先金融機関の記載内容を福祉医療機構が確認するための書類
（提出は必須です）

○ 振込先金融機関の記載内容を確認する必要があります。

○ 特に、金融機関の名称や支店名については、合併や支店の統廃合などによって変更していないかどうか、再確認してください。

振込先口座が確認できる次のいずれかを、この枠内に貼付してください。

①通帳の「表紙（写し）」と「見開きページ（写し）」
②キャッシュカードの写し（金融機関名、支店番号、口座番号、口座名義のある面）
※クレジットカード機能付きの場合は、クレジットカードの番号を伏せて写しを取ってください。
③インターネットバンクなど通帳がない口座の場合は、ＷＥＢ上の口座情報のページなど、振込先口座が確認できるものを印刷してください。

（約款様式第７号の２）添付書類用紙

退職手当金請求書（３枚目）

貼付用紙　個人番号（マイナンバー）を記載した者が請求者本人であることを福祉医療機構が確認するための書類
（提出は必須です）

○ 請求書の１枚目に記載された個人番号については、法令等で本人確認が必要となっています。

○ 次のいずれかの書類（下記表の５つのパターンのいずれか：「**個人**番号を確認する書類」と「本人であることを確認する書類」）をこの用紙に貼って、福祉医療機構が確認できるようにしてください。

※ 通知カードは、令和２年５月２５日付の廃止により、住民票の氏名・住所等と同じものに限り有効です。

パターン	「個人番号を確認する書類」（写し）	「本人であることを確認する書類」（写し）
１	**個人番号カード（１２桁の番号のある面）**	**個人番号カード（顔写真のある面）**
２	**個人番号が記載された住民票**	**運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）など、顔写真があり、身分が証明される公的なもの ※いずれか１種類が必要です。**
３	**個人番号が記載された住民票**	**健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書など、顔写真がないものの本人であることを証する書類 ※顔写真がないため、２種類が必要です（選んでください）。**
４	**通知カード（住民票の氏名・住所等と同じものに限定）**	**運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）など、顔写真があり、身分が証明される公的なもの ※いずれか１種類が必要です。**
５	**通知カード（住民票の氏名・住所等と同じものに限定）**	**健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書など、顔写真がないもので、本人であることを証する書類 ※顔写真がないため、２種類が必要です（選んでください）。**

（この枠内に、書類を重ねて貼ってください）

１　「個人番号を確認する書類の写しを貼ってください。
２　「本人であることを確認する書類」の写しを貼ってください。

※　住民票の写し、旅券（パスポート）の写し、年金手帳の写しなど、この用紙に貼りきれないものは、切り取らずに、そのままの大きさで、ホッチキス留めして提出してください。

【注意】
健康保険証は、被保険者記号、番号、保険者番号、２次元バーコード等を黒塗りしてください。

（約款様式第７号の２）添付書類用紙

退職手当金請求書（４枚目）

貼付用紙　　勤務していた法人・施設が届出している氏名が変更されていることを福祉医療機構が確認するための書類
（氏名が変更されている場合のみ、提出してください）

○ 氏名が変更していることを確認する必要があります

○ 運転免許証（表裏）、戸籍抄本、旧姓と新姓が確認できる住民票などの写しをこの用紙に貼って、確認できるようにしてください。

（氏名が変更していることを確認する書類の写しを貼ってください）

※　この用紙に貼りきれないものは、貼らないで（ホッチキス留め）提出してください。
※　退職手当金請求書（３枚目）に添付した内容で、旧姓から新姓が確認できる場合は、本用紙（４枚目）は不要です。

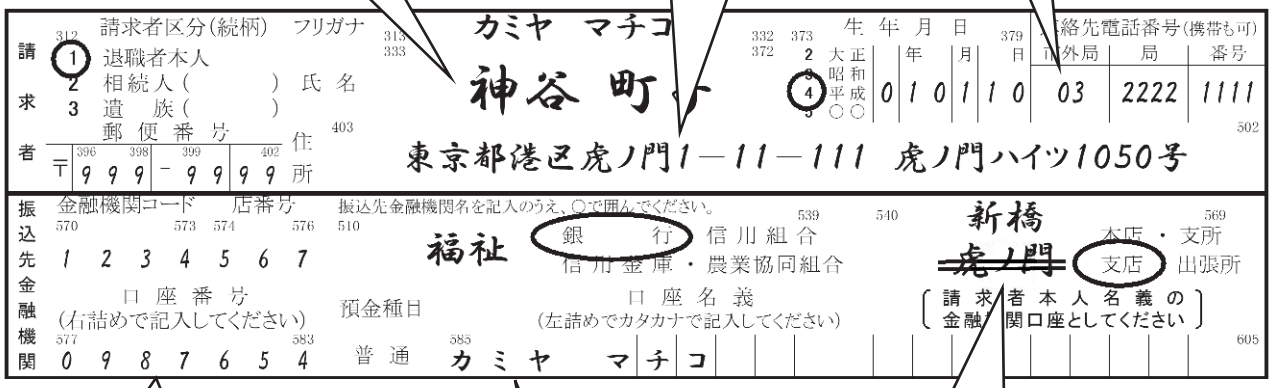
7　記入例

（1）本人の欄

・結婚等で氏名が変更している場合、または、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てください。

・申告書の現住所と同じ住所になります。
・退職後にお住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。

・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。
・携帯電話でも可です。



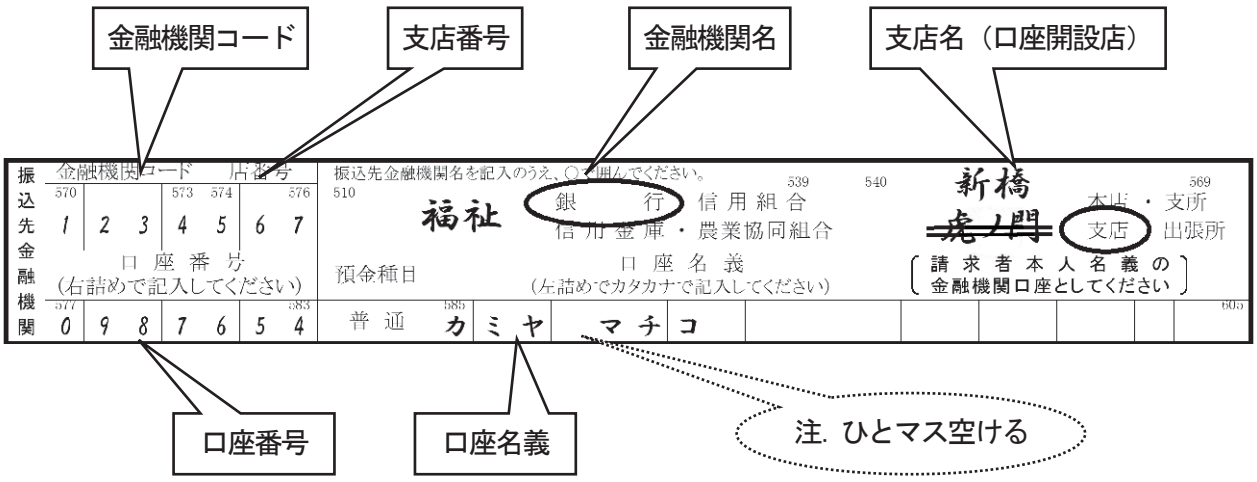
・振込先金融機関の記入は、預金通帳、キャッシュカードを参照して、正しく記入してください。
・口座番号は、右詰めで記入してください。
・支店名は、通帳繰越店でなく、口座を開設した支店名を記入してください。
・金融機関コードは４ケタ、店番号３ケタは正しく記入してください。
・ゆうちょ銀行（郵便局）の場合は、漢数字３ケタの店名を記入し、本店・支店・支所・出張所はいずれも○で囲まないでください。

・請求者本人名義の口座としてください。家族名義では送金できません。
・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。

・記入を誤った場合は、二重線で訂正してください。
・修正液で加除等はしないでください。

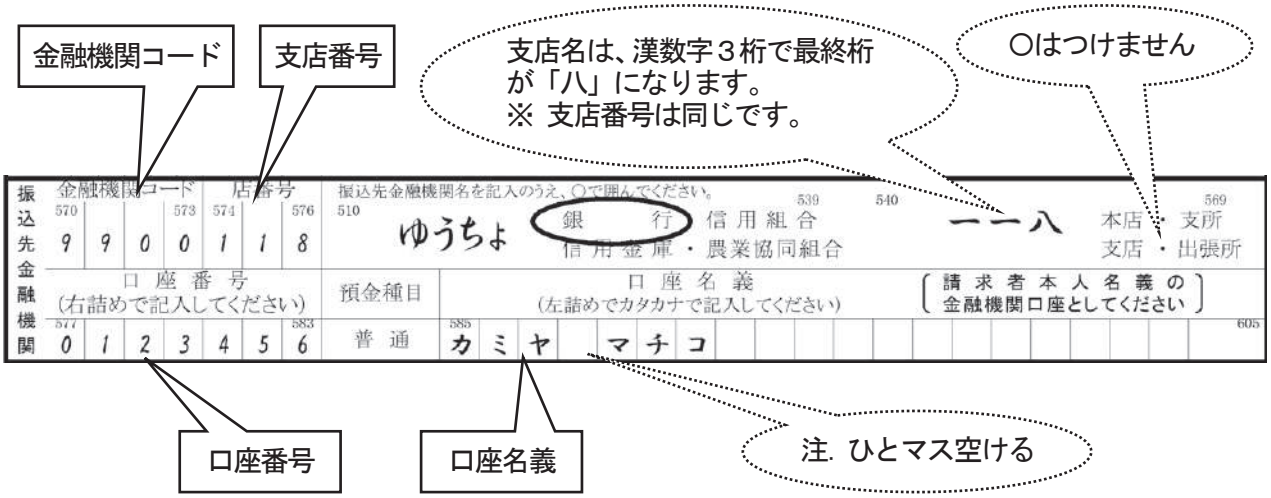
（2）振込先金融機関の欄

・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、口座番号をすべて正しく記入する必要があります。
・口座番号は、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、その際は右詰めで記入してください。
・記入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送金できないケースが増えています。
送金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してください。



注 ゆうちょ銀行への振込送金を希望される場合

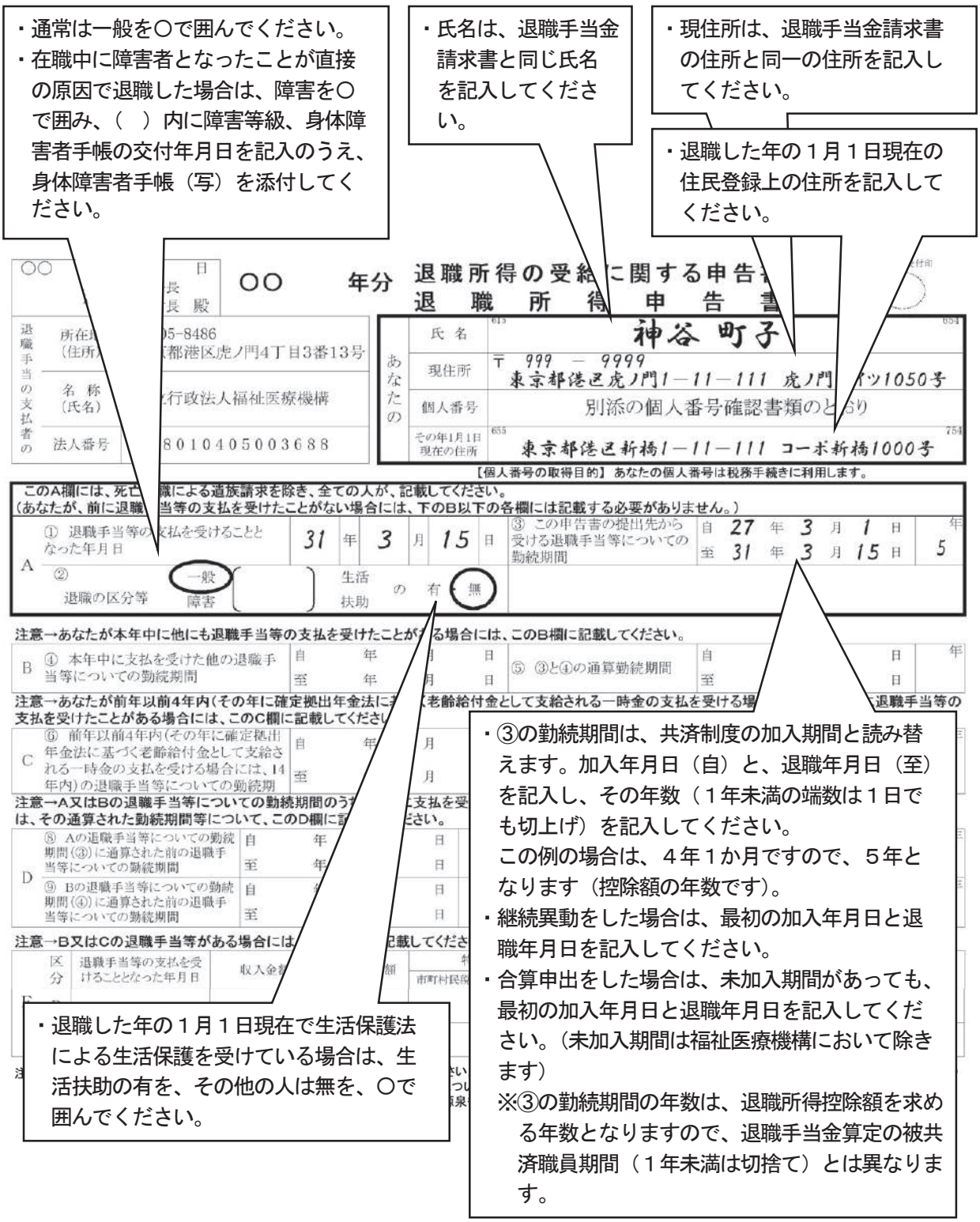
・ゆうちょ銀行への振込みは、現在、お持ちの記号･番号のままでは送金できません。
・ゆうちょ銀行への振込みの際には、振込用の「店名･預金種目･口座番号」が必要となります。
・ゆうちょ銀行、ゆうびん局の預金窓口まで、ゆうちょ銀行の通帳（通常預金・通常貯蓄預金に限ります）をお持ちのうえ、「店名･店番･預金種目･口座番号」の記載を受けて、その内容を記入してください。
・ゆうちょ銀行の振込用支店名は、漢数字３桁で、最終桁が「八（はち）」になります。
(ゆうちょ銀行へ振込の場合の記入例)



（3）退職所得の受給に関する申告書の欄

注1 遺族請求の場合は、申告書欄の記入は不要です。

注2 相続人請求の場合は、申告書欄に退職者名の記入が必要です。



8　提出

・退職者は、「退職手当金請求書（添付書類を含む）」を共済契約者（勤務先）へ提出

・共済契約者は、「被共済職員退職届」と「退職手当金請求書（添付書類を含む）」をセットで、福祉医療機構の業務委託先（P162）へ提出（一部の府県については当機構に直接提出）

※福祉医療機構の業務委託先（都道府県の社会福祉協議会等）は当該書類を福祉医療機構へ提出

⑤ 「合算制度利用申出書（約款様式第7号の3）」について

共済契約者は、退職しようとする職員には特に留意して、合算制度について、説明してください。

1 合算制度とは

（1）この制度は、退職手当金を請求しないで退職した日から起算して３年以内の間に、再び被共済職員となり機構に申し出た場合に、被共済職員期間を合算する制度です。

※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）ただし、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。

・退職手当金を請求したとき
・退職日を含めて、被共済職員としての期間が１年未満のとき
・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

※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。

（3）退職手当金請求書を提出した場合は、合算申出の手続きを取ることができなくなります。

2 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いただきます（本人は勤務先（共済契約者）へ退職及び加入時に提出）。

（2）このため、退職者は、本申出書の写し（コピー）を２部以上、控えとして保管してください。

・ １回目の提出
　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するもの）
　本人が、申出書の上段（１回目）のみを記入
・ ２回目の提出
　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するもの）
　本人が保管しておいた申出書の控え（コピー）の下段（２回目）のみを記入

（3）福祉医療機構では、退職した日から起算して３年以内に、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）被共済職員期間の合算制度利用申出者が、退職日から３年以内に被共済職員となる場合は、被共済職員期間の合算が可能です。

・本人は、１回目に提出した申出書の控え（コピー）の下段に必要事項を記入して、新たな勤務先に提出
・同時に、本人は、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」を確実に伝える
・新たな勤務先（共済契約者）は、合算制度利用申出書を福祉医療機構へ提出

（5）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２回目の提出ではなく、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）。

※合算を申し出て退職した職員には、退職時に、次ページの「請求の手順」のコピーをお渡しいただいたうえ、請求の手順を説明してください。

（6）転職後の配属先が、新規に加入させない旨の届出を行った施設等となる場合、この合算制度は利用できません。

「請求の手順」

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

元の勤務先

退職手当金を請求する者に、福祉医療機構へ提出済みの「被共済職員退職届」の写しをお渡しください。

退職者（請求者）

① 「退職手当金請求書（添付書類を含む）」「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

・退職した職場（共済契約者）から入手する。

・福祉医療機構のホームページから印刷する（当機構ホームページの作成支援ツールからも作成･印刷ができます）。

② 「退職手当金請求書（１枚目）」の請求者欄及び振込先金融機関欄をすべて記入

③ 「退職手当金請求書（１枚目）」の下段にある「退職所得の受給に関する申告書」部分の該当する箇所に記入

④ 「退職手当金請求書（２枚～４枚目）」に必要な添付書類を漏れなく貼付

⑤ 控えをとり、手元に残す

⑥ 機構に、本人が「退職手当金請求書（添付書類を含む）」を提出

注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請求をしないまま、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。

注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か月に満たないときは、退職手当金は請求できません。

３　様式の入手方法

（１）福祉医療機構のホームページ（退職共済事業のページ）から様式を印刷

（２）巻末約款の様式からコピーする

※　用紙は、すべて、Ａ４サイズ、片面印刷としてください

4　様式「合算制度利用申出書（約款様式第７号の３）」

（約款様式第7号の3）

846
1

（1回目）機構受付日付印	（2回目）機構受付日付印
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	373	生　年　月　日	379	連絡先電話番号（携帯も可）		
1	退職者本人	氏　名	333　372	2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年　月　日		市外局 954	局	番号 969
郵便番号	〒 847 849 － 850 853	住所	854　502						

〈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 3 昭和 4 平成 5 令和　年　月　日	市外局	局	番号
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

（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）の下段に必要事項を記入して、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）上記ワク内の事項は、すべて、正確に記入してください。
（３）２回目の職員番号が不明な場合は、未記入としてください。

5　記載上の注意（留意点）

・書類は、申出者が記載します。
・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。
・太枠の中は、漏れなく記載してください。漏れや記載誤りに注意してください。

6　提出

（1）退職時
・退職者は、「合算制度利用申出書」を共済契約者（退職する勤務先）へ提出
・共済契約者は、「被共済職員退職届」と「合算制度利用申出書」をセットで、福祉医療機構の業務委託先（都道府県の社会福祉協議会等）へ提出　※一部の府県については、直接機構に提出
※福祉医療機構の業務委託先（都道府県の社会福祉協議会等）は当該書類を福祉医療機構へ提出

（2）被共済職員への復帰時
・退職者は、１回目に提出した申出書のコピーに２回目欄を記入して、新たな勤務先へ提出
・新たな勤務先は、申出書を機構に提出

⑥ 書類を提出する際の綴り方について（注意）

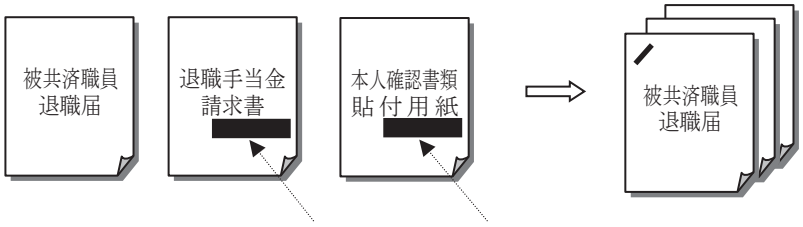
1 「被共済職員退職届」と「退職手当金請求書」の提出（書類の綴り方）

（1）書類の綴り方（個人番号（マイナンバー）を見えなくするための措置です）

① 方法１（目隠しシールを貼ってある場合）

・「被共済職員退職届」、「退職手当金請求書（添付書類を含む）」の順に重ねる。

・左上に１か所、ホッチキス留めをする。



注１ 旧様式の請求書で、個人番号（マイナンバー）を記入している場合は、目隠しシールを貼付してください。

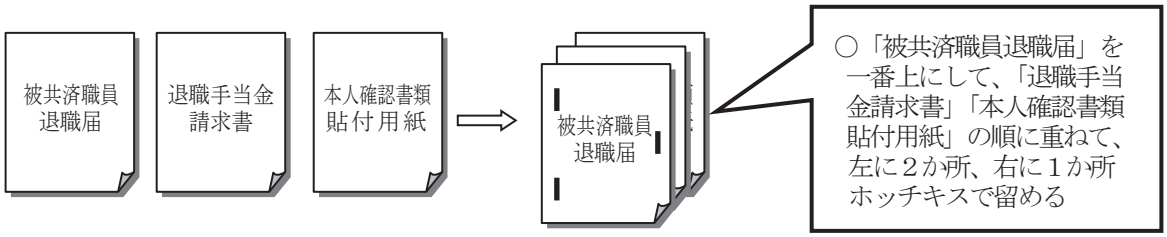
注２ 本人確認用（貼付用紙）の書類に記載されている個人番号（マイナンバー）は、目隠しシールを貼付してください。（目隠しシールは、市販のもの、機構から法人へ配布しているもの、どちらでも可能）

② 方法２（目隠しシールがない場合）

・「被共済職員退職届」、「退職手当金請求書（添付書類を含む）」の順に重ねる。

・ホッチキスで３点留めをする。

→左端に２か所、右端に１か所



（2）その他

・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により、個人番号が見えない措置を講じてください。

2 「被共済職員退職届」と「合算制度利用申出書」の提出（書類の綴り方）

・特に留意する点はありません。

・「被共済職員退職届」、「合算制度利用申出書」の順に重ね、まとめて、左上に１か所、ホッチキス留めしてください。

⑦ 遺族、相続人による請求手続きについて

・退職手当金の請求者が、遺族、相続人の場合は、退職届・請求書のほかに、次の添付書類が必要です。

・また、受給権者については優先順位があります。

1　遺族が請求する場合（職員が死亡により退職した場合です）

（1）受給権者の順位及び添付書類

受給権者の順位は共済法第 10 条により、次のとおり規定されています。

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」又は「死体検案書」（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」）
		内縁の妻又は夫		① 「死亡診断書」又は「死体検案書」（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） ⑤ 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」 ⑥ その他、事実上の配偶者であることを証明する書類
第2グループ	2 3 4 5 6 7	生計維持関係あり	子 父母 孫 祖父母 兄弟姉妹 その他の親族	① 「死亡診断書」又は「死体検案書」（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） 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」
第3グループ	8 9 10 11 12	生計維持関係なし	子 父母 孫 祖父母 兄弟姉妹	① 「死亡診断書」又は「死体検案書」（写） ② 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いことを証する「生計維持に関する調査書」（様式１１号） ③ 「認証文つき法定相続情報一覧図の写し」 （注）③は以下の④～⑥に代替えすることができます。 ④ 被共済職員の死亡を証する「戸籍謄本」又は「除籍謄本」 ⑤ 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） ※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」（「除籍謄本」、「改製原戸籍謄本」を含む） ⑥ 上記④又は⑤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」

※「認証文つき法定相続情報一覧図の写し」、「戸籍謄本」、「戸籍抄本」は原本を提出してください。

受給権者が、第２グループ、第３グループの者である場合は、「生計維持に関する調査書」（事務取扱要領様式１１号）を共済契約者が作成し、添付してください。

（事務取扱要領 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　様

共済契約者

死亡により退職した　　の死亡当時
（　　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（続柄）
（１）扶養手当上の扶養親族	□ 該当あり 氏名（　　） 氏名（　　） 氏名（　　） 氏名（　　） □ 該当なし
（２）医療保険（被用者保険）の被扶養者	□ 該当あり 氏名（　　） 氏名（　　） 氏名（　　） 氏名（　　） □ 該当なし
（３）税法上の扶養控除対象者	□ 該当あり 氏名（　　） 氏名（　　） 氏名（　　） 氏名（　　） □ 該当なし

※　退職後に死亡した場合は、本用紙の提出は不要です。

（2）同順位の遺族が２人以上いる場合

（１）の表中の順位２～７と順位８～１２の者において、同順位の遺族が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」を作成します。

他の者は、代表者（請求者）に対して、退職手当金の請求及び受取についての権限を委任する「委任状」（事務取扱要領様式１２号）を作成し、添付してください。

（事務取扱要領 様式第１２号）

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

委　　任　　状

受 任 者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、社会福祉施設職員等退職手当共済法（以下「法」と記載。）で規定する退職手当共済契約に基づき、遺族（法第７条で規定）及び相続人として退職手当金の請求を行うにあたり、上記の者を代理人と定め、退職手当金の受領に関する一切の権限を委任します。

委 任 者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿

（3）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（又は委任者）となる「退職手当金請求書」（又は「委任状」）を作成します。

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。

（4）遺族がいない場合

退職者の死亡時点で受給権者に該当する遺族がいない場合、相続財産管理人を含めて、退職手当金は請求できません。

（5）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。

それぞれの者の「個人番号カード（写）」、「番号通知カード（写）」（※住民票と記載内容が同じ場合のみ有効）、「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。

2　相続人が請求する場合（職員が退職した後、退職手当金を受取る前に死亡した場合です）

（1）受給権者の順位及び添付書類（受給権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　「認証文つき法定相続情報一覧図の写し」 （注）これは以下の②、③に代替えすることができます。 ②　被共済職員の相続人（受給権者）を証する「戸籍謄本」 ※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」（「除籍謄本」、「改製原戸籍謄本」を含む） ③　相続人（受給権者）全員の現在の「戸籍抄本」又は「戸籍謄本」 ・　①～③は、全て原本を提出してください。
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）	

※1．直系卑属　子・孫など自分より後の世代で、直通する系統の親族のことです。また、養子も含まれます。兄弟、姉妹、甥・姪、子の配偶者は含まれません。

※2．直系尊属　父母・祖父母など自分より前の世代で、直通する系統の親族のことです。また、養父母も含まれます。叔父・叔母、配偶者の父母・祖父母は含まれません。

（2）同順位の相続人が２人以上いる場合

遺族請求の場合の（２）と同じです。

（3）相続人が未成年者の場合

遺族請求の場合の（３）と同じです。

（4）相続人がいない場合

相続財産管理人が退職手当金を請求できます。

⑧ 退職手当金の支給制限について

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

（1）次に該当する場合は、退職理由の「④犯罪等による退職」として届け出てください。

「犯罪行為」

刑罰法規により刑罰を科するに値する行為であって、禁錮刑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。

「その他これに準ずべき重大な非行」

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、禁錮刑以上の刑に相当する行為です。

※単なる就業規則違反に該当するもの、罰金刑が確定しているものは退職理由の「①普通退職」として届け出てください。

（2）職員が、上記の「犯罪行為」又は「その他これに準ずべき重大な非行」に該当する行為を行ったことを理由にして、雇用契約を解消した場合をいいます。

犯罪行為等の責任をとっての退職であることが確認できる必要があります。

（3）退職手当金の支給又は不支給の決定については、確認・調査、審議等に相応の期間を要します。

参考 社会福祉施設職員等退職手当共済法（抜粋）

（支給の制限）

第十三条　機構は、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ときは、退職手当金を支給しない。

2　機構は、被共済職員を故意に死亡させた者には、退職手当金を支給しない。被共済職員の死亡前に、その者の死亡によつて退職手当金の支給を受けるべき者を故意に死亡させた者にも、同様とする。

参考 社会福祉施設職員等退職手当共済約款（抜粋）

（支給の制限）

第４１条　機構は、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ときは、退職手当金を支給しません。

2　機構は、被共済職員を故意に死亡させた者には、退職手当金を支給しません。被共済職員の死亡前に、その者の死亡によって退職手当金の支給を受けるべき者を故意に死亡させた者にも、同様とします。

3　機構は、共済法に規定する退職と認められない請求に対して、退職手当金を支給しません。

2　退職手当共済制度の支給制限と共済契約者（経営者）の就業規則等との関係

共済契約者の就業規則等で規定された退職金の不支給条件に該当する場合でも、退職共済制度では根拠となる共済法に則して判断するため、退職手当金を支給することは珍しくありません。

懲戒解雇した場合でも、職員に対し、故意に退職手当金請求書または合算制度利用申出書を渡さないと、権利を侵害したことになりますので、必ず渡してください。

3　退職手当金の返還請求

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（抜粋）

（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。

4　遺族等であっても退職手当金が支給されない場合

次の２つの者の場合です。

（１）被共済職員を故意に死亡させた者

（２）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

⑨ 退職手当金の計算方式について

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（算定は年単位のため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

（退職手当金計算基礎額表）

退職前６か月の平均本俸月額	計算基礎額
～73,999	62,000
74,000～85,999	74,000
86,000～99,999	86,000
100,000～114,999	100,000
115,000～129,999	115,000
130,000～144,999	130,000
145,000～159,999	145,000
160,000～174,999	160,000
175,000～189,999	175,000
190,000～204,999	190,000

退職前６か月の平均本俸月額	計算基礎額
205,000～219,999	205,000
220,000～234,999	220,000
235,000～249,999	235,000
250,000～264,999	250,000
265,000～279,999	265,000
280,000～299,999	280,000
300,000～319,999	300,000
320,000～339,999	320,000
340,000～359,999	340,000
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．業務上の傷病による障害、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　計算の例

（例）平成２１年４月１日に加入
　　令和３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

3　退職手当金が支給されないケース

なお、次の場合、退職手当金が支給されません。

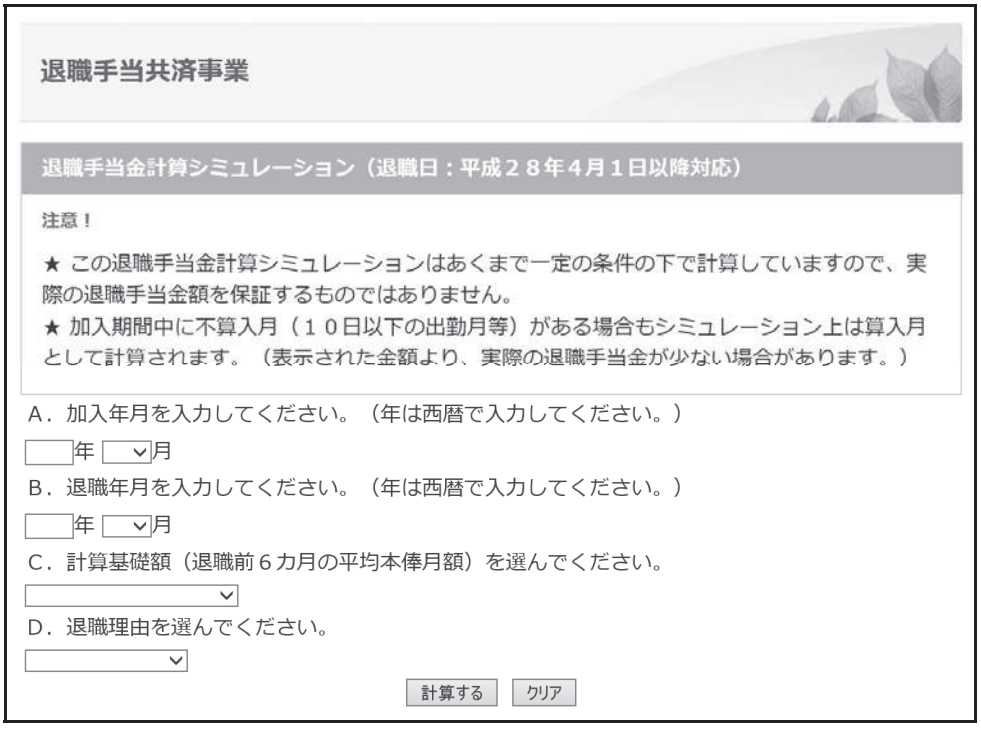
（１）共済契約者が掛金を納付していないとき
（２）共済契約が解除された日以降の退職のとき
（３）被共済職員となった日から起算して１年未満で退職したとき
（４）被共済職員期間となる月の合計が１２か月未満のとき
（５）自己の犯罪行為等による退職など、共済法で定めた支給制限に該当するとき
（６）退職手当金の請求権が時効（退職した日の翌日から５年経過）により消滅しているとき

4　退職手当金計算のシミュレーション
福祉医療機構ホームページに退職手当金計算シミュレーションを掲載しています。

（アクセス方法）

（１）ホームページ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）必要項目を入力すると、退職手当金の試算がでます。

※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。



5　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

※ 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。