

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)

令和〇年4月10日
独立行政法人福祉医療機構理事長様

「登録前」と表示された場合には登録未了です。
登録完了後、ここが空欄のものを提出してください。

次のとおり施設・事業について

施設区分	1	社会福祉施設等として新設しました。
	2	特定介護保険施設等として申し出ます。
	3	申出施設等として申し出ます。

↑ 該当する届出区分に○をしてください。

4 共済契約者番号	9	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会	
1 3 〇 × △ 〇		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	
共済契約者		事務担当者氏名	北海道 花子	連絡先(電話番号) 03-3438-00×△

令和〇年4月1日

10 施設番号	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
名称															
特別養護老人ホーム 虎ノ門苑															
種類															
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。)

10 施設番号	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
所在地															
郵便番号 105 - 〇〇×															
東京都港区虎ノ門1-△-〇×															

327 入所定員(利用定員)	331	332	336	337 職員配置基準数	341	342 職員総数	343 被共済職員数	被共済職員の内訳				加入できない職員		
4				6		42	26	新規採用	配置換職員	契約対象外施設から復帰	継続異動	合算申出	雇用期間 1年未満	労働時間 2/3未満
60		23		9	15			9	15		1	1	4	12

349 ※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	353 給与支払遅延の有無	354 当該施設等が共済契約を締結していたことの有無	355 ※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	356 特定職員数	357 ※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	358 措置入所障害児関係業務従事職員数
	有 無	有 無	有 無	349 353	有 無	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 (児童関係) 障害児通所支援事業 (高齢者関係) 老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 (障害者関係) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援	右欄 児童自立生活援助事業 小規模住居児童養育事業 小規模保育事業 認定生活困窮者就労訓練事業
--	---

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

【添付書類】

- 職員名簿(別紙)
- 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - 「許認可書」(写)又は「指定通知書」(写)
 - 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
 - その他、業務委託契約書等
 - 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
 - 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
 - 「法人の定款」(写)
 - 「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

【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。例えば、1つの施設内で複数の事業を行っている場合、まとめて1施設で登録するのではなく、その事業ごとに登録します。

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（経営移管に伴う場合を除き、「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（「合算制度利用申出書」（約款様式第7号の3）において合算申出の意思表示あり）
 - ③退職後3年以内に再び被共済職員になること（「職員名簿」に被共済職員であったことの有無『有』に○及び合算申出に○と退職日記入の意思表示あり）
 - 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が明確に区別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と言います。
- ・ 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。

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

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。

$$\text{特定職員数} = \text{当該施設の被共済職員数} \times \text{特定社会福祉事業割合}$$

「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.

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

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

手順2.

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

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する施設等→指定通知書
介護保険法に関する施設等→許認可書 等
収益事業等 (不動産・賃貸業等) →法人の定款等で確認できるもの
- (3) 継続異動職員がいる場合、「共済契約者間継続職員異動届」(様式第8号)
- (4) 施設の経営移管を受けた場合、移管元の経営者から提出された「社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届」(様式第4号)又は「共済契約対象施設等一部廃止等届」(様式第12号)

この届を提出する場合、「職員名簿」を添付しますので、新規採用者 (加入【合算申出含む】) の「被共済職員加入届」及び共済契約対象外施設等からの復帰職員の「共済契約対象 (外) 施設等異動届」は必要ありません。

『(別紙) 施設等新設届・申出書職員名簿』

(別紙) 施設等新設届・申出書職員名簿
 記載上の留意点: 1. 記号の記入方法、2. 施設・事業の名称、3. 職員の従業状況、4. 育児休業をとった者

◎従業状況は、新設・申出年月日が4月1日の場合のみ記載してください。

職員番号	職員氏名	生年	施設区分	施設・事業の名称	職員の従業状況	育児休業をとった者	
						開始年月日	終了年月日(予定日)
1	山田花子	051017	1	特別養護老人ホーム 虎ノ門	新規		
2	鈴木一朗	600521	2	(福) 東京会	新規		
3			3		変更		
4			4		再取得		

注) 1. 異動理由: 2. 配属先は、同じ法人内の共同特別養護施設等から今次新設・申出施設等に配属先で異動してきた場合をいいます。2. 異動理由: 4. 経歴異動は、表簿上の都合により他の共同特別養護施設等から1日の空白もなく今次新設・申出施設等に異動してきた場合をいいます。従って自己都合による転職は該当しません。別添「共同特別養護職員異動届」(約款様式第8号)の提出が必要です。

(※) 育児休業期間の半年延長理由は次のとおりです。該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。
 1. 育児等に大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等であって、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) 「い・ママ育児プラス」(イ有)の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

(※) 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。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 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員) 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

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 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以上で、1年以上の雇用期間を定めて使用される職員

ウ 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以上で、1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き1年を経過した職員

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		例		例		例		
名称	番号	名称	番号	名称	番号	名称	番号	
施設長	01	園長・所長・寮長・院長等	医師	05	医師等	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員（支援員・相談員）・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師等	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等
			訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員等	介助員	11	介助員等
保育士	03	保育士（保母・保父）・児童生活支援員・児童自立支援専門員等	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等	介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	その他	14	いずれの職種にも該当しないもの（例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士等）

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」→被共済職員としての期間が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（退職日がH 28.3.31 以前の場合は、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 ②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8,000円の職員の場合
→8,000円（日給）×21日=168,000円
- ・時給が900円で1日8時間勤務の職員の場合
→900円（時給）×8時間（1日の労働時間）×21日=151,200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8,000円で週4日勤務の職員の場合
→8,000円（日給）×4/5日（週5日にならした日給）×21日=134,400円
- ・時給が900円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→900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=105,840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」
- ・ すでに届出しているが、終了日を変更する者は「2. 変更」
- ・ 同一の子の育児休業を再度取得する者は「3. 再取得」に○をつけてください。

※ 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子の出産日もしくは出産予定日のいずれか早い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。

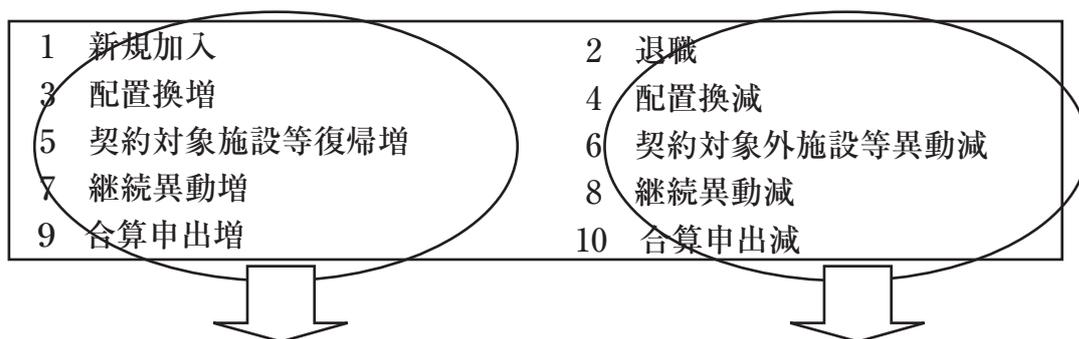
※ 3 パパ・ママ育休プラスを利用している場合は、「有」に○印を付けてください。

Point 1 異動内容の理由について

異動理由の5種類は、増・減と対になっており、記入しない「異動無し」を入れて全11パターンあります。

当該施設または事業からみて、当該職員がどうなりましたか？

増えるのであれば、異動理由は、1・3・5・7・9のいずれかに該当するのか、減るのであれば、異動理由は、2・4・6・8・10のいずれかに該当するのか、どのような異動理由で増減するのかを見ることがポイントになります。



+ (増) 当該施設に新しく追加された職員
 ※異動年月日は、異動してきた日となります。

△(減) 当該施設からなくなった職員
 ※異動年月日は、在籍した最終日となります。

配置換 (増・減)

同じ法人内の共済契約対象施設等へ異動した職員をいいます。

契約対象外異動減

同じ法人内の共済契約対象外施設等へ異動した職員をいいます。

別途「共済契約対象(外)施設等異動届」を提出してください。

契約対象施設等復帰増

同じ法人内の共済契約対象施設等へ復帰した職員をいいます。

別途「共済契約対象(外)施設等異動届」を提出してください(4月1日付復帰の者を除く)。

継続異動 (増・減)

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きます。）。

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2024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、社会福祉施設等並びに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)

令和〇年4月10日

独立行政法人福祉医療機構理事長様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

機構受付日付印

◎ 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。

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		〇	×	△	〇											
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	〇	年	〇	月	3	日	3	1	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		イ 法人解散		カ 死亡		ウ 廃止		キ 交替		エ 休止		ク その他 ()	
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数		名		称		被共済職員数		人		4		人		5			
		虎ノ門保育園		第二虎ノ門保育園		人		4		人		5					
		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(13〇△××)		人		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

- 7. 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いるときは、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。

被共済職員加入届 (約款様式第6号)

年 月 日
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様
 次のとおり新たに被共済職員となった者があつて届け出ます。

氏名又は名称及び代表者職氏名
 主たる事務所の所在地及び電話番号
 郵便番号
 事務担当者氏名 事務担当者連絡先 電話
 名称 種類

共済契約者番号
 施設番号
 施設又は事業

機構受付日印

◎コピー部を共済契約者様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へ提出していただくものとします。

氏名	生年月日	性別	加入年月日	加入資格	職種(注2)	本俸月額(注3)		前共済契約者名 (合算申出あるいは解除経験のある職員の場合に記入してください)						
						名称	番号		俸給表の額	<別掲>俸給の調整額	前共済契約者番号	前職員番号		
アイウエ	元号 年 月 日	1男 2女	元号 年 月 日	アイウエ	名称	番号	円 角 分	円 角 分	有・無	年月日	有・無	年月日	有・無	年月日

※注1 加入資格ア〜ウについて
 ア、雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員)は、採用日から加入。
 イ、1年以上の雇用期間を定めて使用される職員(約)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以上の者は採用日から加入。※雇用期間に定めのない職員のうち、正規職員以外の者を含みます。
 ウ、1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間が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以上の者は、採用日から1年を経過した日から加入。
 ※注2〜4は、被共済職員加入届の「記載上の留意点等」に記載してあります。
 ※注4 1日付の加入の場合、この届出でなく厚生科に届出届を提出すること。

カードNo
 1 2
 6 4

① 氏名

新たに被共済職員となった方の氏名を記入してください。(もともと契約対象外施設等に従事していた職員が、契約対象施設等に配属されたことによる加入も含まれます)

② 加入資格

加入対象となる職員の該当する記号に○をつけてください。

ア 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員)

イ 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者

ウ 1年未満の雇用期間を定めて使用され、期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者

③ 職種番号

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

名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長等	医師	05	医師等	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師等	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等
						介助員	11	介助員等
保育士	03	保育士(保母・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員等	訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当員等	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等
						介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	その他	14	いずれの職種にも該当しないもの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士等)

④ 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 ②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8,000円の職員の場合
→8,000円（日給）×21日=168,000円
- ・ 時給が900円で1日8時間勤務の職員の場合
→900円（時給）×8時間（1日の労働時間）×21日=151,200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8,000円で週4日勤務の職員の場合
→8,000円（日給）×4/5日（週5日にならした日給）×21日=134,400円
- ・ 時給が900円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→900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=105,840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】 →被共済職員としての期間が1年以上ある者が退職手当金を請求しないまま、退職日から3年以内に再び被共済職員になる場合（この場合、被共済職員期間を合算することができます。）

※ 「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、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にはできません。

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
			訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当員等	介助員	11	介助員等
保育士	03	保育士（保母・保父）・児童生活支援員・児童自立支援専門員等				ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等
						その他	14	いずれの職種にも該当しないもの（例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・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。

被共済職員氏名		(フリガナ) ⁵⁴ カミタハナコ ⁷³ 74 神谷 花子 113		生 年 月 日 ¹²⁰ 2 大正 年 月 日 3 昭和 ④ 平成 0 8 1 1 1 0 5 令和	
異動後の共済契約者	共済契約者番号 ⁴	施設番号 ⁹	採用年月日 ¹²	職 種	
	1 3 9 9 9 9	0 0 1	令和 0 3 0 4 0 1	名 称	
	氏名又は名称			調 理 員	
	主たる事業所の所在地			20 番 号 ²¹	
	事務担当者氏名			0 9	
	勤務する施設又は事業所			異動後の本俸月額	
共済契約者番号 ³⁶		職員番号 ⁴¹		異動前の本俸月額	
1 3 8 8 8 8		0 0 9 9 9		俸給表の額	
氏名又は名称		退職月の出勤日数		<別掲> 俸給の調整額	
主たる事業所の所在地		(月の末日での退職ではない場合に記入してください)		128 129 134	
事務担当者氏名		退職日		元号	
台東 知子		令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇		47 53	
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つた者			
月 名	左月の計	1 新規	出産日	元号	年 月 日
<input type="checkbox"/> 4月 <input checked="" type="checkbox"/> 10月	合計 2 月	2 変更	育児休業開始日	元号	年 月 日
<input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月		3 再取得	育児休業終了日	元号	年 月 日
<input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月		1 新規	出産日	元号	年 月 日
<input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月		2 変更	育児休業開始日	元号	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月		3 再取得	育児休業終了日	元号	年 月 日
<input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月					

◎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。

(※) 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つて、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つた者が、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。

カードNo. 1 2
 5 8

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(「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)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、被共済職員退職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、被共済職員退職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。

「異動月の出勤日数」

共済契約対象施設等最終在籍月の月初から最終在籍日までの間に、業務に実際に従事した日数及び従事したとみなす日数の合計を記入します。

「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」
- ・すでに届出しているが、終了日を変更する者は「2. 変更」
- ・同一の子の育児休業を再度取得する者は「3. 再取得」に○をつけてください。

※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子の出産日もしくは出産予定日のいずれか早い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 ②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8,000円の職員の場合
→8,000円（日給）×21日＝168,000円
- ・ 時給が900円で1日8時間勤務の職員の場合
→900円（時給）×8時間（1日の労働時間）×21日＝151,200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8,000円で週4日勤務の職員の場合
→8,000円（日給）×4/5日（週5日にならした日給）×21日＝134,400円
- ・ 時給が900円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→900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＝105,840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

共済契約対象（外）施設等異動届

(約款様式第9号)

契約対象外施設に異動する場合は「1」に○を付けてください。

年 月 日
社医療機構理事長 様

機構受付日付印

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。

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。①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。

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	昭	和	日
							4	平	成			
1	施設番号	勤務していた施設又は事業										
		名称										
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)									
		名称										
			種類									
			種類									

1

2

3

契約対象外施設に異動した場合に記入してください。

異動月の直前の4月から異動月までの期間において											
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	出産日	元号	E34	年	月	日	239	日	97	88	
1	新規	育児休業開始日	元号	E41	年	月	日	240	日	116	117
2	変更	育児休業終了日	元号	E48	年	月	日	253	日	123	125
3	再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無								
		半年延長の理由(※)	1・2								
257	出産日	元号	E59	年	月	日	262	日	184	155	
1	新規	育児休業開始日	元号	E64	年	月	日	269	日	173	174
2	変更	育児休業終了日	元号	E71	年	月	日	276	日	180	182
3	再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無								
		半年延長の理由(※)	1・2								

4

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○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。

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	番号				
				俸給表の額(円)	<別掲>俸給の調整額(円)				
共済契約対象施設等復帰年月日	年	月	日	92	93	94	100	101	106

※) 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
---	-------	---

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

共済契約対象（外）施設等異動届 (約款様式第9号)

年 月 日
社医療機構理事長 様

機構受付日付印

※本書は、退職手当金を請求せず、異動後5年以内の復職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。

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。

契約対象施設へ復帰する場合は「2」に○を付けてください。

1	共済契約者番号	9	氏名又は名称	郵便番号		—		
			主たる事務所の所在地					
			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	
			漢字	35	74	2	大正	
						3	昭和	
						4	平成	
						5	令和	
							年 月 日	
							81	
	施設番号		勤務していた施設又は事業					
1	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
	名称							281

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

業務に従事した日数が10日以下の月 共済契約対象施設等最終在籍年月日

（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	俸給表の額	<別掲>俸給の調整額
					(元号) (号) (日)		手当名 (円)
	育児休業の申請があったもの						
255	出産日	234	239	94	97	88	104
	育児休業開始日	241	246				106
1	新規			113	116	117	123
2	変更	248	253				125
	育児休業終了日						
3	再取得			132	135	136	142
	パパ・ママ育休プラス		有・無				144
	半年延長の理由(※)		1・2				
257	出産日	259	262	151	154	155	161
	育児休業開始日	264	269				163
1	新規			170	173	174	180
2	変更	271	276				182
	育児休業終了日						
3	再取得			189	192	193	199
	パパ・ママ育休プラス		有・無				201
	半年延長の理由(※)		1・2				

2. 共済契約対象施設等復帰の場合（届出区分「2」に○をつけた場合に記載する欄となります。）

共済契約対象外施設等異動年月日	年 月 日	職種	復職時の本俸月額
		名称	俸給表の額 (円)
		番号	<別掲>俸給の調整額 (円)
共済契約対象施設等復帰年月日	年 月 日	92 93 94	100 101 106

※) 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

① 異動又は復帰した施設又は事業

復帰した施設の「施設番号」及び「施設・事業名」を記入してください。

② 異動・復帰年月日

＜共済契約対象外施設等異動年月日＞

共済契約対象外施設等へ異動した日を記入してください。

＜共済契約対象施設等復帰年月日＞

共済契約対象外施設等から復帰した日（配置換命令書の発令年月日）を記入してください。

③ 職種番号

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

職種番号								
名称	番号	例	名称	番号	例	名称	番号	例
施設長	01	園長・所長・寮長・院長等	医師	05	医師等	調理員	09	調理員・調理師等
指導員	02	児童指導員・生活指導員（支援員・相談員）・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等	看護師	06	看護師・准看護師・保健師等	事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等
						介助員	11	介助員等
保育士	03	保育士（保母・保父）・児童生活支援員・児童自立支援専門員等	訓練指導員	07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当員等	ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等
						介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	その他	14	いずれの職種にも該当しないもの（例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士等）

④ 復帰時の本俸月額

- ・ 復帰した共済契約対象施設等における「本俸月額」を記載します。
- ・ 月の途中で復帰した場合は、復帰月の翌月の本俸月額を記入してください。

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)

令和〇年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

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		氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会		
1 3 〇 × △ 〇	共済契約者	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) ・ <input checked="" type="radio"/> 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) ・ <input type="radio"/> 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。また住所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	フリガナ	新			
〔変更年月日〕 年 月 日	旧				
主たる事務所の所在地	郵便番号	新	都道府県		
〔変更年月日〕 年 月 日	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	新	郵便番号	105 - 〇×△×		
	旧	東京都港区虎ノ門1-〇-×			
〔変更年月日〕 令和〇年4月1日	新	東京都港区虎ノ門2-△-〇			
	旧				
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。

◎ 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は、下部記載の添付書類を必ず添付してください。

① 届出区分

- ・ 該当する届出区分に○をつけてください。

② 変更等事項

- ・ 該当する変更事項等の番号に○をつけてください。
- ・ 共済契約者氏名又は名称・所在地が変わった場合に「有」に○をつけてください。
- ・ 共済契約対象施設・事業の名称や所在地、施設・事業等種類が変わった場合に「有」に○をつけてください。
- ・ 共済契約証書を紛失、き損等の場合は、再交付申出することができますが、簡単に再交付の理由をカッコ内にご記入ください。

③ 共済契約者の変更事項

- ・ 変更年月日（登記簿謄本に記載されている年月日）は、必ずご記入ください。
- ・ 共済契約者の主たる事務所を移転、市町村合併・区画整備等により、住所や住所表記が変わった場合又は、郵便番号が変更になった場合は、ご記入ください。

④ 共済契約対象施設等の変更事項

- ・ 変更する施設・事業の「施設番号」をご記入ください。施設番号がご不明の場合は、共済部退職共済課にお問い合わせいただくか、施設の「名称」欄に当該名称をご記入ください。
- ・ 「名称」が変更された場合は新旧でご記入ください。
- ・ 「所在地」が変更された場合は、新しい所在地の郵便番号及び新旧所在地をご記入ください。
- ・ 「施設・事業」を変更した場合は、変更施設・事業の「許認可書」(写)、「届出書」(写)等の変更された内容を確認できる書類を添付のうえ、記載されている変更年月日及び種類をご記入ください。

⑤ 変更に伴う添付書類

- ・ 共済契約者の名称を変更した場合は、「登記簿謄本（履歴事項全部証明書）」(写)を添付してください。
- ・ 共済契約対象施設・事業で「種類」を変更した場合は、変更事項が確認できる「許認可書」(写)や「届出書」(写)及び「届出受理書」(写)等を添付し、変更事項が確認できるようにしてください。

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 WAM 福祉会」を解散して「社会福祉法人 WAM 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

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。

◎ ◎ ◎
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。

共済契約者番号	1 3 〇 × △ 〇	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会		
共済契約者	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×△

社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等	施設番号	名 称	休止・廃止経営移管年月日
	0 0 3	1 港デイサービスセンター	元号 令和 年 〇 月 3 日 3 1 令和 〇 3 3 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">(1) 退職者</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;">(2) 引継(移管)職員</td> <td style="width: 10%;">人</td> </tr> <tr> <td>(3) 配置換職員</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>(4) 継続異動職員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(5) 共済契約対象外施設等への異動職員</td> <td>人</td> <td>(6) 合算申出職員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="text-align: center;">合計 3 人</td> </tr> </table>	(1) 退職者	1	(2) 引継(移管)職員	人	(3) 配置換職員	2	(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
(1) 退職者	1	(2) 引継(移管)職員	人															
(3) 配置換職員	2	(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>

- 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿(別紙)
- 右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類
 - 「廃止・休止届受理通知書」(写)
 - 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
 - その他、業務委託契約書等(写)

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等
※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

- 法人の定款(写)
- 定款変更申請書(写)及びその他書類

<記載上の留意点>

- 「退職者」又は「継続異動職員」又は「共済契約対象外施設等への異動職員」がある時は、遅延なく次の届書を提出してください。
 - 退職者及び合算申出職員…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)
 - 他の共済契約者への継続異動職員…共済契約者間継続職員異動届(約款様式第8号)
 - 共済契約対象外施設等への異動職員…共済契約対象(外)施設等異動届(約款様式第9号)
- 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む)が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。

確認事項

- 施設・事業の名称 イ所在地
- 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

(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。

職員番号	共済契約者番号 123540003	施設番号 0003	届出する区分に○をつけてください。			廃止する施設・事業の名称	異動時職種	異動の内容		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)					
			施設区分	1 社会福祉施設等	2 特定介護保険施設等			3 申出施設等	理由 該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。	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。 ※(施設番号は「配置換」時のみ記入)	異動後の共済契約者番号	132	140 144	148 150	
			2 大 3 短期 4 平成 5 令和	1 男 2 女	名称			番号							
1	00009	福岡良太	2	③	②	421123	1 介護職員	04	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	施設等名称 施設番号	(福)神谷町会	189012			
2	00013	千葉育子	2	③	②	430819	1 事務員	10	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	施設等名称 施設番号					
3	00020	秋田千恵	2	③	②	590711	1 介護職員	04	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	施設等名称 施設番号	門苑	005			
4	00042	山口健太	2	③	②	590903	//	04	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	施設等名称 施設番号	門苑 11-227-	008			
5	00062	奈良恵	2	③	②	600517	//	04	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	施設等名称 施設番号	(福)埼玉会	110001			
6			2						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	施設等名称 施設番号					
7			2						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	施設等名称 施設番号					
8			2						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	施設等名称 施設番号					
9			2						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	施設等名称 施設番号					
10			2						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	施設等名称 施設番号					

※ 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)				
令和〇年 3月 31日 独立行政法人福祉医療機構理事長 様		(約款様式第13号) 機構受付日付印				
次のとおり、全ての被共済職員の同意を得たので共済契約を解除します。						
共済契約者番号	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会				
1 3 〇 × △ 〇 共		郵便番号 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13				
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。	北海道 花子 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話</td> </tr> <tr> <td></td> <td>03-3438-00×△</td> </tr> </table>	連絡先	電話		03-3438-00×△	◎ ◎ ◎ 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。 ◎ ◎ ◎ 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。 ◎ ◎ ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。
連絡先	電話					
	03-3438-00×△					
解除年月日	令和〇年 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、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。退職手当金は支給されません。(解除日に退職する職員も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)

令和〇年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	共 済	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会
1 3 〇 × △ 〇			105 - 8486 港区虎ノ門4-3-13 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。

令和〇年3月31日

解除年月日	施設番号	施設名称	解除する部分	被共済職員数
	002	障害就労センター	(該当番号に〇印をつけてください。) 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	3

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。

「1」に該当するのは、特定介護保険施設等及び申出施設等に限りです。

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

※平成18年4月1日以降に申し出た特定介護保険施設等(特別養護老人ホーム等)の場合は、「2」に〇をつけることはできません。

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

※平成28年4月1日以降に申し出た特定介護保険施設等(障害者支援施設等)の場合は、「3」に〇をつけることはできません。

「4」に該当するのは、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。

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

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。（解除日に退職する職員も同意が必要です。）

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。

4 解除日に退職する職員も退職手当金は支給されません。

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)

職員番号	共済契約者番号		施設番号		直前4月～解除月まで		育児休業をとった者													
	職員氏名				業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間としない月)		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			
																	半年延長の理由(※)			
月名		計		元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	
1																				有・無
																				1・2
2																				有・無
																				1・2
3																				有・無
																				1・2
4																				有・無
																				1・2
5																				有・無
																				1・2
6																				有・無
																				1・2
7																				有・無
																				1・2
8																				有・無
																				1・2
9																				有・無
																				1・2
10																				有・無
																				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

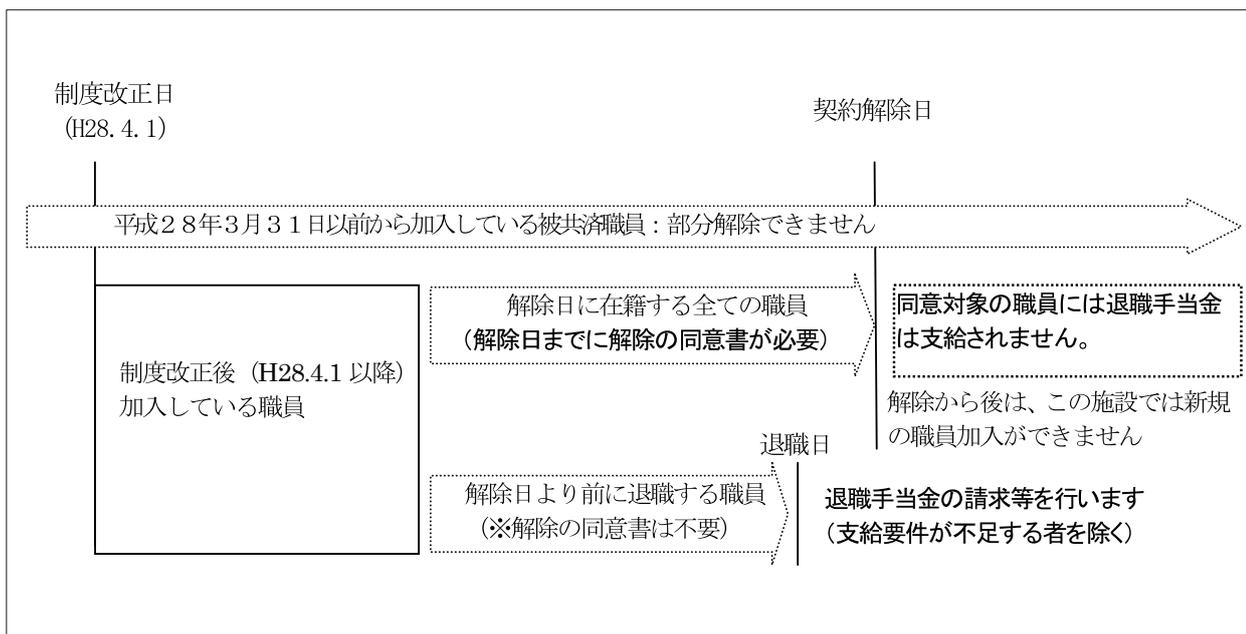
次の転換があった場合、転換日以降に加入した被共済職員の同意を得ることで、当該被共済職員のみを対象とした契約解除できます。

- ・ 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。解除日に退職する職員も同意が必要です。

なお、解除に同意した被共済職員は、退職手当金は支給されません。(解除日に退職する職員も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。