

## IV 書面での手続きについて

### 1 システムを利用しない場合の手続き方法について

令和7年1月より、退職手当共済のすべての手続きがオンラインで申請可能となっておりますが、インターネット環境が無い等の理由により、退職手当共済システムのご利用が困難な場合は、書面での手続きも可能となっております。システムを利用せず、お手続きする場合は、次ページ以降の記入方法等を参照のうえ、各種届出様式を以下まで郵送してください。

**【届出を郵送する場合の提出先】**

福祉医療機構 共済部

〒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

届出様式については、福祉医療機構のホームページに掲載をしています。

▼ 約款様式及び任意の書類（手続き上、必要が生じた場合の書類）

URL : [https://www.wam.go.jp/hp/guide-taisyokuteate\\_style-tabid-238-2/](https://www.wam.go.jp/hp/guide-taisyokuteate_style-tabid-238-2/)

なお、書面でお手続きいただいた場合、機構側での届出の処理や審査に時間がかかる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

退職手当共済システムでは、入力間違い防止機能による適正な届出の提出や、オンライン申請による郵送時間の短縮等により従来よりもお手続きを早めることができます。

システムの特長や操作方法等については、本マニュアルの「Ⅲ 退職手当共済制度における手続き」で紹介しています。また、HPの「退職手当共済システムのご案内」では動画マニュアルも掲載していますので、合わせてご参照ください。

共済契約者の負担軽減にもつながりますので、インターネット環境が整い次第、新システムでお手続きいただくようお願いいたします。

☎システム利用時のパソコンやスマートフォンの操作に不安がある場合は、ナビダイヤルまでお問い合わせください。専任のオペレーターよりご案内させていただきます。

<お問い合わせ先>

TEL:0570-050-294

受付時間9:00~17:00(土日・祝日除く) (4~6月の3か月(予定)は18:00まで)

(一部IP電話については、つながらない可能性があります)

## 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)

○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。

◎◎◎この下部には、1部を共済契約者控としてお手元に残していただく必要はありません。必ず添付してください。

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。

共済契約者番号	4	9	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福社会	
1	3	○	×	△	○
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×△

元号	令和	○	×	4	1
343	新設・申出年月日		348		
10	名称		139	種類	13
7	特別養護老人ホーム 虎ノ門苑		特別養護老人ホーム	種類コード	16

・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。

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。)

郵便番号	105 - ○×○×	県外コード	17	18
東京都港区虎ノ門1-△-○×		所在地		

入所定員(利用定員)	職員配置基準数	職員総数	被共済職員数	被共済職員の内訳				加入できない職員		
327	331	336	337	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
4	23	42	26	6	9	15	1	1	4	12

※申出施設が「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	当該施設等が共済契約を締結していたことの有無	※申出施設が下記①に該当する場合、右記にもご記入ください	特定職員数	※申出施設が下記②に該当する場合、右記にもご記入ください	措置入所障害児関係業務従事職員数
	有 無	有 無	有の場合解除年月日	349 353	有の場合、右記にもご記入ください	9
			年 月 日	8		

【記入上の留意点】  
\*① 今次申出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。

- 施設・事業の名称
- 所在地
- 施設・事業の種類(申出施設等は、除く)
- 入所(利用)定員(申出施設等は、除く)
- 開始年月日
- 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。

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

「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.

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

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係る施設等→指定通知書

介護保険法に係る施設等→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 施設区分  
② 職員氏名  
③ 加入資格  
④ 加入理由  
⑤ 職歴  
⑥ 職歴  
⑦ 職歴  
⑧ 職歴

◎従業員状況は、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	出生年月日	施設区分	加入理由	職歴	職歴	職歴	職歴	従業員状況		育児休業をとった者	育児休業の理由(別)	育児休業の期間(別)
									1 新規	2 変更			
1	山田花子	05/01/70	特別養護老人ホーム	加入	神谷	0002	215000	7月01	1 新規	2 変更	有・無	1・2	130
2	鈴木一朗	60/05/21	特別養護老人ホーム	加入	福	659321	325000		1 新規	2 変更	有・無	1・2	130
3									1 新規	2 変更	有・無	1・2	130
4									1 新規	2 変更	有・無	1・2	130

注) 1 職歴理由「2. 配属後」は、前記出入内の異動対象施設等から今次新設・申出施設等に配属後に変更して来た場合をいいます。  
2 職歴理由「4. 経歴異動」は、審判上の都合により他の公共施設等から1日の変更なく今次新設・申出施設等に異動して来た場合をいいます。従って自己都合による経歴は該当しません。別途「公共契約書関係経歴職員異動届(約款様式第6号)」の提出が必要です。

注) 1 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 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、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・疾病・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) パパママ育児プラスが「育」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

注) 1 加入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 雇用期間に定めのない職員(いわゆる正規職員) エ 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(保育・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	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)			

## 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することができます。)

「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1,000円で1日8時間勤務の職員の場合  
→1,000円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=168,000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1,000円で1日7時間週4日勤務の職員の場合  
→1,000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=117,600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1日から本年の3月31日(前年度)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)にあつては、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異動状況並びに前年の4月1日から本年の3月31日（前年度）の従業状況を「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。

共済契約者の事務負担軽減のためにも、システムからの提出を推奨していますが、インターネット環境が無い等の理由により、紙の様式を用いて提出を行う場合には、「1 作成要領」及び「2 留意点」を必ず確認のうえ、作成してください。

### 1 作成要領

インターネット環境が無い等の理由で紙の様式での提出を希望する旨を機構に連絡いただいた場合には、紙の掛金納付対象職員届（記入用）とあわせて、作成要領を郵送します。作成要領には記載にあたっての留意事項を記載していますので、必ず確認してください。

なお、作成要領は退職手当共済事業ホームページからも確認できます。（退職手当共済事業ホームページ→「5 各種届出等書類」→「約款様式 届出、申出書、申請書、請求書、通知書」→記載例「第2号記載例（PDF）」）

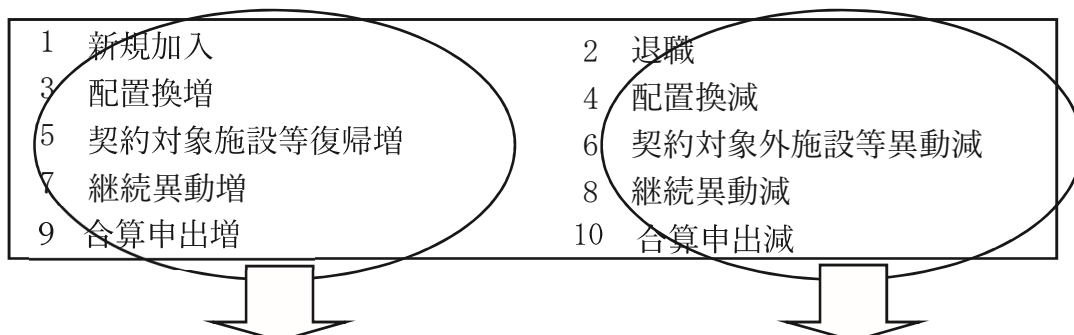
### 2 留意点

#### 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

△ (減) 当該施設からいなくなった職員

※異動年月日は、異動してきた日となります。

※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、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(4月1日加入者の場合には掛金納付対象職員届)」を提出してください。

### 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2025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。

### 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。
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>		※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。
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)

○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 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×△	
経営者でなくなった年月日 元号 ○ ○ 年 月 日 ○ ○ 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 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		備考		
虎ノ門保育園			被共済職員数 4 人		第二虎ノ門保育園		5 人		
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○△×× )							

<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。

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。

共済契約者番号  
共済契約者  
施設番号  
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

機構受付日印

① 氏名  
② 加入資格  
③ 職種  
④ 本俸月額  
⑤ 前共済契約者名

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雇退職のある職員の加入の場合に記入してください)
						俸給表の額	<別掲> 俸給の調整額	
アイウエ	元号 年 月 日	1男 2女	元号 年 月 日	1 2	アイウエ			前共済契約者番号 前職員番号

※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(※)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(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以上の者は、採用から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。  
※4月1日付の加入の場合、この届出ではなく、届出時所属職員届で届出すること。

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 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、期間の更新により引き続き1年を経過した職員

### 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(保育・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。
- ・日給月額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1,000円で1日8時間勤務の職員の場合  
→1,000円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=168,000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1,000円で1日7時間週4日勤務の職員の場合  
→1,000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=117,600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。)

## ⑤ 「共済契約者間継続職員異動届」の記載上の留意点

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	
						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)	

### (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。

Form with multiple sections: 被共済職員氏名 (神谷 花子), 異動後の共済契約者 (社会福祉法人 虎会), 異動前の共済契約者 (社会福祉法人 霞福社会), 退職月の出勤日数, 育児休業の申請があった者.

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。
一部を先に作成した共済契約者にお送りください。

(※) 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。

Table with 2 columns: カードNo. (1, 2) and values (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。(本手続きは、職員が他法人・団体の経営する施設等へ転職する場合には使用できません。他法人等への転職は「職員が退職した時の手続き」を参照してください。)  
※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。なお、復帰にあたっては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。
- 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 被共済職員として継続して1年以上(被共済職員期間となる月の合計は、12か月未満でも構いません。)勤務していること。(合算で採用した職員については1年未満でも構いません。)
  - 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。

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○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  
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に異動後5年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。◎写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残

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
				漢字	15	35
				生	75	74
				年	年	日
				月	月	日
				日	日	日
				2	大正	
				3	昭和	
				4	平成	
				5	令和	
				6		
1	施設番号	勤務していた施設又は事業		種類		
82	施設番号	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)		種類	278	281

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 (被共済職員期間としない月)		異動した月以前の7ヶ月額 (ただし、①退職日が月末でない月及び②の2ヶ月は除きます)	
207	月名	218	計	254	元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月
					日
					元号
					年
					月

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1日から本年の3月31日(前年度)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)にあつては、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1,000円で1日8時間勤務の職員の場合  
→1,000円(時給)×8時間(1日の労働時間)×21日=168,000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1,000円で1日7時間週4日勤務の職員の場合  
→1,000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=117,600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。



## 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)

○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  
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	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×△

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	フリガナ	
〔変更年月日〕 年 月 日	新	
	旧	
主たる事務所の所在地	郵便番号	
〔変更年月日〕 年 月 日	新	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。

◎ 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 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 福社会」を解散して「社会福祉法人 WAM 福社会」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等届」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等届  
(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。

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社会						
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×△											

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	0	0	3	名 称	1	休止・廃止経営移管年月日			
		港デイサービスセンター				元号	年	月	日	
						令和	0	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
------------------	---	----	-------	---------

被共済職員	(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

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。

<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

◎ ◎ ◎  
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。

(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	職員氏名	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)																																																																																																	
		共済契約者番号	施設番号	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	名称	番号	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)	施設等名称	施設番号	施設等名称	施設番号																																																																																														
		123540	003	3	○	○		○									2大正	3昭和	4平成	5令和	2大正	3昭和	4平成	5令和																																																																																						
00009	福岡良太	2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
00013	千葉育子	2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
00020	秋田千恵	2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
00042	山口健太	2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
00062	奈良恵	2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
		2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
		2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
		2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
		2	4	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

※ □ 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新年月日の前日)

【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)配置換え職員」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え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。

退職手当共済契約解除通知書		契約解除 (全施設の場合)	
○年3月31日		(約款様式第13号)	
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、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	
① 解除年月日		東京都港区虎ノ門4-3-13	
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	電話 03-3438-00×△
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	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。		
<p>&lt;添付書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <p>&lt;記載上の留意点&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>			
④ 添付書類		② 解除における被共済職員数	
解除同意書、従業状況報告書を添付してください。		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。	

◎ ◎ ◎  
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。  
下記記載の添付書類を必ず添付してください。

**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。(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。

**退職手当共済契約部分解除通知書** (約款様式第13号の2)

○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。

**部分解除 (範囲限定の場合)**

**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	<b>社会福祉法人虎ノ門福祉会</b>	
1   3   0   ×   △   0	共	05 - 8486	
<b>① 解除年月日</b> 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。		港区虎ノ門4-3-13	
		花子	電話 05-3438-00×△

○年 3月 31日				
解除年月日	部分解除をする施設番号	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	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

**③ 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○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○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。

## 12 解除通知にかかる「解除同意書」、「従業員状況報告書」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。



## 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。

解除の範囲	施設区分 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)、認知症対応型老人共同生活援助事業(グループホーム)、小規模多機能型居宅介護事業、複合型サービス福祉事業

※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、重度訪問介護事業、重度障害者等包括支援事業、短期入所事業(ショートステイ)、生活介護事業、療養介護事業、自立訓練事業、就労移行支援事業、就労継続支援事業、就労定着支援事業、就労選択支援事業、自立生活援助事業、共同生活援助事業(グループホーム)、同行援護事業、移動支援事業、地域活動支援センター、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。

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

福祉医療機構への手続きは、退職手当共済システムで行います。オンラインで全ての手続きができます。

注意点：退職手当金を複数箇所から受け取る場合は、最終支払者が源泉徴収事務を行うことから、退職届をご登録いただくときに退職手当金の支給の順番をシステム上でご選択いただきます。

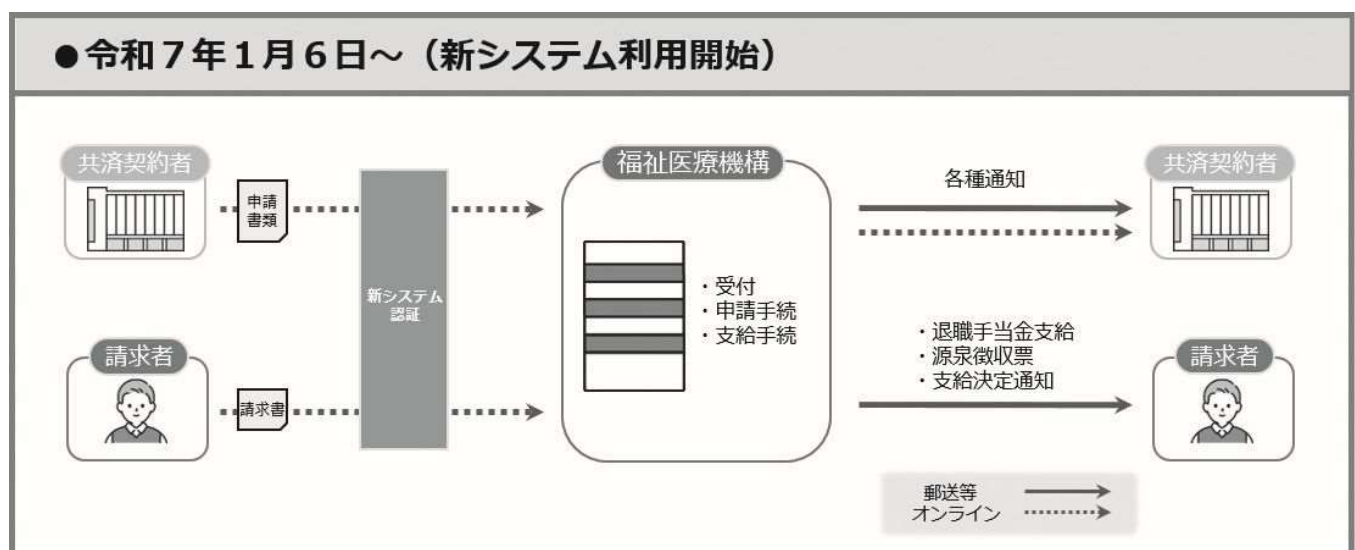
(退職手当共済システムマニュアル参照)

退職する職員が実施する手続きには、「退職手当金請求」または「合算制度利用申出」があります。

※退職手当金請求手続きは、共済契約者（経営者）が代行して登録手続きを行うことも可能です。共済契約者（経営者）から本人に対し、手続き方法を説明していただきます。

※ホームページに掲載している退職者への説明資料をご利用ください。

#### 〈手続きの流れ〉



## 1 「被共済職員退職届 (約款様式第7号)」について

### 1 提出方法

- (1) 独立行政法人福祉医療機構ホームページ→退職手当共済事業→5. 各種届出等書類→「約款様式、届出、申出書、申請書、請求書、通知書」から約款様式第7号「被共済職員退職届」をダウンロードしてください。用紙は、すべて、A4サイズ、片面印刷としてください。
- (2) 退職届の必要事項を記入し、退職者ご本人が作成した約款様式第7号の2「退職手当金請求書 (添付書類を含む)」または約款様式第7号の3「合算制度利用申出書」とあわせて機構に直接郵送ください。

【重要】退職手当共済システムを利用せず、書類を福祉医療機構へ提出する場合、退職手当金の支給までかなりの期間を要しますのでご注意ください。

### 2 被共済職員が退職した時は必ず届出してください

- ・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」を届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」を届出しない場合でも、必ず届出してください。

### 3 1年未満の退職者の退職届

- ・被共済職員としての在籍期間が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入力していただければ、「被共済職員退職届」の届出は不要です。

### 4 退職理由について

#### 退職理由「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、勸奨退職等、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「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
<p><b>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</b></p> <p>◎業務に起因する負傷若しくは疾病により厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に掲げる程度の障害の状態になったことにより退職したものの</p> <p>&lt;ポイント&gt;</p> <p>① 業務に起因する負傷若しくは疾病により、障害の状態になったこと。</p> <p>② ①による障害の状態が、厚生年金保険法第47条第2項に規定する障害等級に掲げる程度の障害となったこと(障害が残ってしまったこと)。</p> <p>①かつ②により退職した場合です。</p> <p>※上記①について、この制度においては、業務上となるかどうかは、労災保険の給付の認定を受けていることが基準となります。</p> <p>労災保険は、強制加入であることから労働者である被共済職員はすべてこの保険の対象となります。しかし、この制度では、例えば法人の理事長であっても施設長の職務を兼務している者を被共済職員として取扱っています。これら法人の理事は労働者でないことから、労災の適用を受けないこととなります。このように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」に該当する場合は、別途機構にご連絡ください。</p> <p>その他ご不明な点あればお問い合わせください。</p>	<p>&lt;3種類&gt;</p> <p>(1) 共済契約者が作成する「現認証明書」(事務取扱要領様式10-2号)</p> <p>(2) 「労災保険(障害(補償)等給付又は傷病(補償)等年金)の支給決定通知書」(写)</p> <p>なお、自動車事故等第三者行為に基づく業務上災害で、労災保険ではなく、他の保険による補償となった場合は、所轄労働基準監督署が「第三者行為災害届」を承認しているときとなります。この場合は第三者行為に基づく業務上の災害であることを証明する「第三者行為災害届」(写)、交通事故証明書(写)等をご提出ください。</p> <p>(3) 「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」 ※医師の診断書は法令で定める障害等級が確認できることが必要です。 (例:障害厚生年金を受給するための「厚生年金保険診断書」)</p> <p>(1)~(3)の3点の書類すべてを添付してください。</p> <p>【注意】</p> <p>(2)の書類として、労災保険の休業(補償)等給付の決定通知書のみを添付されても対象とはなりませんので、ご注意ください。</p> <p>必ず障害(補償)等給付又は傷病(補償)等年金の支給決定通知書(写)を添付してください。</p>
<p><b>業務上の死亡による退職</b></p> <p>※業務上となるかどうかは、上記の「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」を参照してください。</p>	<p>&lt;3種類&gt;</p> <p>(1) 共済契約者が作成する「現認証明書」(事務取扱要領様式10-3号)</p> <p>(2) 「死亡診断書」(写)</p> <p>(3) 「労災保険(葬祭料)の支給決定通知書」(写)</p> <p>又は 「第三者行為災害届」(写)(労基署受理のもの)</p> <p>(1)~(3)の3点の書類を必ず添付してください。</p> <p>※遺族が請求することとなるため、後述「遺族、相続人による請求手続きについて」もご参照ください。</p>

## 退職理由「犯罪行為又は重大な非行による退職」

**懲戒解雇 = (イコール) 「犯罪行為又は重大な非行による退職」ではありません。下記を参照し添付書類を添えて退職届を提出してください。**

### (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、拘禁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す。

**※単なる就業規則違反に該当するもの、不起訴（起訴猶予含む）処分が確定しているもの、罰金刑が確定しているものは退職理由「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から④は必須です。⑤から⑦は該当する場合、⑧は当機構が求めた場合に添付してください。

①問題行動の概要（問題行動の内容、行動した期間・回数、被害者、被害の程度、発覚した時期、示談（被害弁済）の状況、被害届の有無、刑事事件化の有無や刑事事件化している場合は起訴の状況等）が分かる書類（任意様式）。

②共済契約者が発行した懲戒処分・解雇の辞令（写）

③解雇等処分について審議された理事会、懲罰委員会等の議事録（写）

④就業規則（写）

⑤事情聴取の調書など、処分対象者の答弁が含まれる記録書面（写）、自認書（写）

⑥判決があった場合の判決書（写）

⑦新聞記事（写）

⑧その他当機構が求めた書類

当該退職理由で届出された場合、共済法第13条第1項に基づく、退職手当金の支給制限の審査を行います。詳細は、「退職手当金の支給制限について」をご覧ください。

5 様式「被共済職員退職届(約款様式第7号)」

(約款様式第7号)

機構受付日付印

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け出ます。

762

768

- 被共済職員退職届の原本は、福祉医療機構にご提出ください。  
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。
- 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。
- 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○で囲んでください)		
10	14 カタカナ 漢字	149 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	
変更前の氏名 (変更している場合のみ記入)	漢字 (旧姓)	す。		
退職者の生年月日	退職年月日	退職者の住所(連絡先)		
135 2 大 正 3 昭 和 4 平 成 5 令 和	141 年 月 日 元号	148 年 月 日	147 郵便番号 854 住所	※電話番号は携帯も可 969 電話番号 954 953

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		退職した月以前6か月の本俸月額	
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。		育児休業の申請があった場合	
		1 新規 2 変更 3 再取得	
150	161	176 1 新規 2 変更 3 再取得	176 1 新規 2 変更 3 再取得
<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月	育児休業 開始日 育児休業 終了日	177 元号 178 元号	177 元号 178 元号
<input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月	パパ・ママ育休プラス 有・無	179 元号	179 元号
<input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月	半年延長の理由(※) 1 2	180 元号	180 元号
<input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月	181 1 新規 2 変更 3 再取得	181 元号	181 元号
<input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月	出産日 育児休業 開始日 育児休業 終了日	182 元号 183 元号	182 元号 183 元号
<input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月	パパ・ママ育休プラス 有・無	184 元号	184 元号
	半年延長の理由(※) 1 2	185 元号	185 元号

(※)育児休業の半年延長の理由の記載

- 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
  - 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	カード 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 障吉有無	773 受取済退職金額	780 781 円 額	787 788 請求者氏名	794 796 退職届氏名	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	調整額名簿有無	現認証明	添付書類	留保	確認
807	809	810	811	814	818	813	812	817	820

6 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。  
「4 退職理由について」を参照してください。

職員番号		退職者の氏名		退職理由(該当するものを○で囲んでください)	
10	14	15	カタカナ カミヤ マチコ	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
0	0	0	漢字 神谷 町	94	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
0	0	0	変更前の氏名 (変更している場合のみ記入)	134	③ 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職
1	75	95	漢字 (旧姓)	148	④ 犯罪等による退職
135	141	142	退職者の生年月日	143	退職者の住所(連絡先) ※電話番号は携帯も可
2	3	4	大 正 和 年 月 日 昭 和 0 1 1 0 平 成 0 3 1 5	郵便番号	〒 854-853 電話番号 054-969-953
5	6	7	元号を選択してください。	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。

・元号を選択してください。

・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)		
<input type="checkbox"/> 退職者の所在が不明	<input type="checkbox"/> 退職者が請求を放棄している	<input type="checkbox"/> 退職者の被共済職員期間が1年未満の場合

・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	共済契約者	氏名又は名称	社会福祉法人〇〇福祉会	カード
1 3 9 9 9 9		住 所	東京都港区虎ノ門4-3-13	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)	

**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月  12月  
 7月  1月  
 8月  2月  
 9月

・元号を記入してください。

育児休業申請があった場合	
176 ① 新規	2 変更
出産日	177 年 月 日
育児休業開始日	184 元号 年 月 日
育児休業終了日	191 元号 年 月 日
パパ・ママ育休プラス	975 有 ・ 無
半年延長の理由(※)	975 1

・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ものとして扱ってください。

・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。

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

・業務に従事した日数が10日以下の場合、「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、こちらでは退職年度のみチェックを付けることができますので、ご注意ください。  
 (例) 令和7年3月31日退職である場合、(令和6年)4月～(令和7年)3月のことを指しています。  
 ※産前産後休業、育児休業、介護休業及び業務上の疾病による休業等の「従事したとみなす期間」については、P39の「従事したとみなす日」を参照してください。

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)

・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。

・元号を記入してください。

月 (年) (月)	俸給表の額						俸給の調整額				
	1	2	3	4	5	6	手当名(手当)	特殊業務手当(手当)	手当	手当	
令和 〇 〇 〇 2	1	9	1	0	0	209	211	7	2	4	0
217 元号	1	9	1	0	0	228	230	7	2	4	0
217 元号	1	9	1	0	0	247	249	7	2	4	0
217 元号	1	9	1	0	0	266	268	7	2	4	0
217 元号	1	9	1	0	0	285	287	7	2	4	0
217 元号	1	9	1	0	0	304	306	7	2	4	0

・「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。  
 ・手当が複数ある場合は、合計した金額を記入してください。  
 ・記入する手当の名称は2つまでとし、該当する手当が3つ以上ある場合は、枠外の余白部分に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は当機構において適当と認められ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。(P37、38参照)

・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。  
 ・期中の昇給等で、「掛金納付対象職員届」で報告した俸給表の額と異なる俸給表の額を記入する際は、雇用契約書(写)と退職した月以前6か月分の賃金台帳を添付してください。

【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
- 10月と11月は出勤日数が10日以下

誤った記載例 ×：ケース 1

135 退職者の生年月日										141 142 退職年月日									
2	大	正	年	年	月	月	日	日	日	元	元	年	年	月	月	日	日		
3	昭	和								令	令	〇	〇	0	3	1	5		
4	平	成																	
5	合	和																	

× 退職日が末日でないのに3月が含まれています。

150 退職月の直前の4月から退職月までの期間										161 退職した月以前6か月の本俸月額																																																																																																																														
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。										〔「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〕																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 4月 <input checked="" type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 5月 <input checked="" type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月										<table border="1"> <tr> <th colspan="3">育児休業の申請があった場合</th> <th rowspan="2">年</th> <th rowspan="2">月</th> <th rowspan="2">俸給表の額</th> <th colspan="2">俸給の調整額</th> </tr> <tr> <th>1 新規</th> <th>2 変更</th> <th>3 再取得</th> <th>手当名(手当)</th> <th>特殊業務(手当)</th> </tr> <tr> <td>176</td> <td>177</td> <td>178</td> <td>183</td> <td>184</td> <td>185</td> <td>186</td> <td>187</td> </tr> <tr> <td>出産日</td> <td>190</td> <td>191</td> <td>192</td> <td>193</td> <td>194</td> <td>195</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>育児休業開始日</td> <td>197</td> <td>198</td> <td>199</td> <td>200</td> <td>201</td> <td>202</td> <td>203</td> </tr> <tr> <td>育児休業終了日</td> <td>204</td> <td>205</td> <td>206</td> <td>207</td> <td>208</td> <td>209</td> <td>210</td> </tr> <tr> <td colspan="3">パパ・ママ育休プラス 975</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>211</td> <td>212</td> <td>213</td> </tr> <tr> <td colspan="3">半年延長の理由(※) 975</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>214</td> <td>215</td> <td>216</td> </tr> <tr> <td>824</td> <td>825</td> <td>826</td> <td>831</td> <td>832</td> <td>833</td> <td>834</td> <td>835</td> </tr> <tr> <td>1 新規</td> <td>2 変更</td> <td>3 再取得</td> <td>217</td> <td>218</td> <td>219</td> <td>220</td> <td>221</td> </tr> <tr> <td>出産日</td> <td>222</td> <td>223</td> <td>224</td> <td>225</td> <td>226</td> <td>227</td> <td>228</td> </tr> <tr> <td>育児休業開始日</td> <td>229</td> <td>230</td> <td>231</td> <td>232</td> <td>233</td> <td>234</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>育児休業終了日</td> <td>236</td> <td>237</td> <td>238</td> <td>239</td> <td>240</td> <td>241</td> <td>242</td> </tr> <tr> <td colspan="3">パパ・ママ育休プラス 976</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>243</td> <td>244</td> <td>245</td> </tr> <tr> <td colspan="3">半年延長の理由(※) 976</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>246</td> <td>247</td> <td>248</td> </tr> </table>										育児休業の申請があった場合			年	月	俸給表の額	俸給の調整額		1 新規	2 変更	3 再取得	手当名(手当)	特殊業務(手当)	176	177	178	183	184	185	186	187	出産日	190	191	192	193	194	195	196	育児休業開始日	197	198	199	200	201	202	203	育児休業終了日	204	205	206	207	208	209	210	パパ・ママ育休プラス 975			有	無	211	212	213	半年延長の理由(※) 975			1	2	214	215	216	824	825	826	831	832	833	834	835	1 新規	2 変更	3 再取得	217	218	219	220	221	出産日	222	223	224	225	226	227	228	育児休業開始日	229	230	231	232	233	234	235	育児休業終了日	236	237	238	239	240	241	242	パパ・ママ育休プラス 976			有	無	243	244	245	半年延長の理由(※) 976			1	2	246	247	248
育児休業の申請があった場合			年	月	俸給表の額	俸給の調整額																																																																																																																																		
1 新規	2 変更	3 再取得				手当名(手当)	特殊業務(手当)																																																																																																																																	
176	177	178	183	184	185	186	187																																																																																																																																	
出産日	190	191	192	193	194	195	196																																																																																																																																	
育児休業開始日	197	198	199	200	201	202	203																																																																																																																																	
育児休業終了日	204	205	206	207	208	209	210																																																																																																																																	
パパ・ママ育休プラス 975			有	無	211	212	213																																																																																																																																	
半年延長の理由(※) 975			1	2	214	215	216																																																																																																																																	
824	825	826	831	832	833	834	835																																																																																																																																	
1 新規	2 変更	3 再取得	217	218	219	220	221																																																																																																																																	
出産日	222	223	224	225	226	227	228																																																																																																																																	
育児休業開始日	229	230	231	232	233	234	235																																																																																																																																	
育児休業終了日	236	237	238	239	240	241	242																																																																																																																																	
パパ・ママ育休プラス 976			有	無	243	244	245																																																																																																																																	
半年延長の理由(※) 976			1	2	246	247	248																																																																																																																																	

× 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 ○：ケース 1

135 退職者の生年月日										141 142 退職年月日									
2	大	正	年	年	月	月	日	日	日	元	元	年	年	月	月	日	日		
3	昭	和								令	令	〇	〇	0	3	1	5		
4	平	成																	
5	合	和																	

○ 退職日が末日でない場合は、6か月本俸に含みません。

150 退職月の直前の4月から退職月までの期間										161 退職した月以前6か月の本俸月額																																																																																																																														
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。										〔「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〕																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 4月 <input checked="" type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 5月 <input checked="" type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月										<table border="1"> <tr> <th colspan="3">育児休業の申請があった場合</th> <th rowspan="2">年</th> <th rowspan="2">月</th> <th rowspan="2">俸給表の額</th> <th colspan="2">俸給の調整額</th> </tr> <tr> <th>1 新規</th> <th>2 変更</th> <th>3 再取得</th> <th>手当名(手当)</th> <th>特殊業務(手当)</th> </tr> <tr> <td>176</td> <td>177</td> <td>178</td> <td>183</td> <td>184</td> <td>185</td> <td>186</td> <td>187</td> </tr> <tr> <td>出産日</td> <td>190</td> <td>191</td> <td>192</td> <td>193</td> <td>194</td> <td>195</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>育児休業開始日</td> <td>197</td> <td>198</td> <td>199</td> <td>200</td> <td>201</td> <td>202</td> <td>203</td> </tr> <tr> <td>育児休業終了日</td> <td>204</td> <td>205</td> <td>206</td> <td>207</td> <td>208</td> <td>209</td> <td>210</td> </tr> <tr> <td colspan="3">パパ・ママ育休プラス 975</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>211</td> <td>212</td> <td>213</td> </tr> <tr> <td colspan="3">半年延長の理由(※) 975</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>214</td> <td>215</td> <td>216</td> </tr> <tr> <td>824</td> <td>825</td> <td>826</td> <td>831</td> <td>832</td> <td>833</td> <td>834</td> <td>835</td> </tr> <tr> <td>1 新規</td> <td>2 変更</td> <td>3 再取得</td> <td>217</td> <td>218</td> <td>219</td> <td>220</td> <td>221</td> </tr> <tr> <td>出産日</td> <td>222</td> <td>223</td> <td>224</td> <td>225</td> <td>226</td> <td>227</td> <td>228</td> </tr> <tr> <td>育児休業開始日</td> <td>229</td> <td>230</td> <td>231</td> <td>232</td> <td>233</td> <td>234</td> <td>235</td> </tr> <tr> <td>育児休業終了日</td> <td>236</td> <td>237</td> <td>238</td> <td>239</td> <td>240</td> <td>241</td> <td>242</td> </tr> <tr> <td colspan="3">パパ・ママ育休プラス 976</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>243</td> <td>244</td> <td>245</td> </tr> <tr> <td colspan="3">半年延長の理由(※) 976</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>246</td> <td>247</td> <td>248</td> </tr> </table>										育児休業の申請があった場合			年	月	俸給表の額	俸給の調整額		1 新規	2 変更	3 再取得	手当名(手当)	特殊業務(手当)	176	177	178	183	184	185	186	187	出産日	190	191	192	193	194	195	196	育児休業開始日	197	198	199	200	201	202	203	育児休業終了日	204	205	206	207	208	209	210	パパ・ママ育休プラス 975			有	無	211	212	213	半年延長の理由(※) 975			1	2	214	215	216	824	825	826	831	832	833	834	835	1 新規	2 変更	3 再取得	217	218	219	220	221	出産日	222	223	224	225	226	227	228	育児休業開始日	229	230	231	232	233	234	235	育児休業終了日	236	237	238	239	240	241	242	パパ・ママ育休プラス 976			有	無	243	244	245	半年延長の理由(※) 976			1	2	246	247	248
育児休業の申請があった場合			年	月	俸給表の額	俸給の調整額																																																																																																																																		
1 新規	2 変更	3 再取得				手当名(手当)	特殊業務(手当)																																																																																																																																	
176	177	178	183	184	185	186	187																																																																																																																																	
出産日	190	191	192	193	194	195	196																																																																																																																																	
育児休業開始日	197	198	199	200	201	202	203																																																																																																																																	
育児休業終了日	204	205	206	207	208	209	210																																																																																																																																	
パパ・ママ育休プラス 975			有	無	211	212	213																																																																																																																																	
半年延長の理由(※) 975			1	2	214	215	216																																																																																																																																	
824	825	826	831	832	833	834	835																																																																																																																																	
1 新規	2 変更	3 再取得	217	218	219	220	221																																																																																																																																	
出産日	222	223	224	225	226	227	228																																																																																																																																	
育児休業開始日	229	230	231	232	233	234	235																																																																																																																																	
育児休業終了日	236	237	238	239	240	241	242																																																																																																																																	
パパ・ママ育休プラス 976			有	無	243	244	245																																																																																																																																	
半年延長の理由(※) 976			1	2	246	247	248																																																																																																																																	

○ 被共済職員期間とならない月は、6か月本俸に含みません。

○ 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

135 退職者の生年月日										141 142 退職年月日											
2	大	正	年	月	日	元	号	年	月	日	2	大	正	年	月	日	元	号	年	月	日
3	昭	和				令	和	〇	〇	〇	3	昭	和				元	〇	〇	〇	〇
5	平	成	0	1	0	〇	〇	〇	〇	〇	5	平	成	0	1	0	〇	〇	〇	〇	〇

× 該当する手当の名称が未記入です。

150 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。										161 退職月の直前の4月から退職月までの期間										162 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)																													
<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月										育児休業の申請があった場合										年 月 俸 給 表 の 額										俸 給 の 調 整 額																			
										176 1 新規 2 変更 3 再取得 出産日 177 元号 年 月 日 183 日 育児休業開始日 184 元号 年 月 日 189 日 育児休業終了日 191 元号 年 月 日 197 日 パパ・ママ育休プラス 975 有・無 半年延長の理由(※) 976 1 2										(年) (月)										198 元号 〇 〇 〇 2 203 217 元号 〇 〇 〇 1 222 236 元号 〇 〇 1 2 241 255 元号 〇 〇 1 1 250 274 元号 〇 〇 1 0 279 293 元号 〇 〇 0 9 298										209 211 228 230 247 249 266 268 285 287 304 306									

× 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 ○: ケース2

135 退職者の生年月日										141 142 退職年月日											
2	大	正	年	月	日	元	号	年	月	日	2	大	正	年	月	日	元	号	年	月	日
3	昭	和				令	和	〇	〇	〇	3	昭	和				元	〇	〇	〇	〇
5	平	成	0	1	0	〇	〇	〇	〇	〇	5	平	成	0	1	0	〇	〇	〇	〇	〇

○ 該当する手当がある場合は、必ず、その名称を記入します。

150 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。										161 退職月の直前の4月から退職月までの期間										162 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)																													
<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月										育児休業の申請があった場合										年 月 俸 給 表 の 額										俸 給 の 調 整 額																			
										176 1 新規 2 変更 3 再取得 出産日 177 元号 年 月 日 183 日 育児休業開始日 184 元号 年 月 日 189 日 育児休業終了日 191 元号 年 月 日 197 日 パパ・ママ育休プラス 975 有・無 半年延長の理由(※) 976 1 2										(年) (月)										198 元号 〇 〇 〇 3 203 217 元号 〇 〇 〇 2 222 236 元号 〇 〇 0 1 241 255 元号 〇 〇 1 2 250 274 元号 〇 〇 1 1 279 293 元号 〇 〇 1 0 298										209 211 228 230 247 249 266 268 285 287 304 306									

○ 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

退職者の生年月日	退職年月日
2 大 正 3 昭 和 ④ 平 令 5 成 和 0 1 0 1 1 0	元号 年 月 日 令和 〇 〇 0 3 3 1

× 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。

退職月の直前の4月から退職月までの期間	育児休業の申請があった場合	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)	
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。  <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 6月 <input checked="" type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 7月 <input checked="" type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 8月 <input checked="" type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 9月 <input checked="" type="checkbox"/> 3月	176 ①新規 2 変更 3 再取得 出産日 令和 〇 〇 1 0 0 5 育児休業開始日 令和 〇 〇 1 2 0 1 育児休業終了日 令和 〇 〇 0 3 3 1 パパ・ママ育休プラス 975 有 ・ 無 半年延長の理由(※) 1 2	年 月 俸 給 表 の 額 俸 給 の 調 整 額 (年) (月) 手当名( 通勤 手当)	
	150	161	令和 〇 〇 1 1 1 6 7 4 0 0 221 221 228 230 235
	151	162	令和 〇 〇 1 0 1 6 7 4 0 0 221 221 228 230 235
	152	163	令和 〇 〇 1 0 1 6 7 4 0 0 221 221 228 230 235
	153	164	令和 〇 〇 0 9 1 6 7 4 0 0 240 240 247 249 254
	154	165	令和 〇 〇 0 8 1 6 7 4 0 0 256 258 266 268 273
	155	166	令和 〇 〇 0 7 1 6 7 4 0 0 274 274 282 287 292
	156	167	令和 〇 〇 0 6 1 6 7 4 0 0 297 297 304 306 311
	157	168	令和 〇 〇 0 6 1 6 7 4 0 0 304 306 311 311 311
			1 6 7 4 0 0

× 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 ○：ケース3

退職者の生年月日	退職年月日
2 大 正 3 昭 和 ④ 平 令 5 成 和 0 1 0 1 1 0	元号 年 月 日 令和 〇 〇 0 3 3 1

退職月の直前の4月から退職月までの期間	育児休業の申請があった場合	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)	
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。  <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月 <input checked="" type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月	176 ①新規 2 変更 3 再取得 出産日 令和 〇 〇 1 0 0 5 育児休業開始日 令和 〇 〇 1 2 0 1 育児休業終了日 令和 〇 〇 0 3 3 1 パパ・ママ育休プラス 975 有 ・ 無 半年延長の理由(※) 1 2	年 月 俸 給 表 の 額 俸 給 の 調 整 額 (年) (月) 手当名( 通勤 手当)	
	150	161	令和 〇 〇 0 3 1 6 7 4 0 0 221 221 228 230 235
	151	162	令和 〇 〇 0 3 1 6 7 4 0 0 221 221 228 230 235
	152	163	令和 〇 〇 0 3 1 6 7 4 0 0 221 221 228 230 235
	153	164	令和 〇 〇 0 2 2 1 6 7 4 0 0 240 240 247 249 254
	154	165	令和 〇 〇 0 1 1 6 7 4 0 0 256 258 266 268 273
	155	166	令和 〇 〇 0 1 2 1 6 7 4 0 0 274 274 282 287 292
	156	167	令和 〇 〇 0 1 1 6 7 4 0 0 297 297 304 306 311
	157	168	令和 〇 〇 0 1 0 1 6 7 4 0 0 304 306 311 311 311
			1 6 7 4 0 0

○ 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。

## ② 「退職手当金請求書(約款様式第7号の2)」について

### 1 提出方法

インターネット環境が無い等の理由により、やむを得ない理由がある場合は、機構ホームページ(退職手当共済事業のページ)から様式を印刷してください。用紙は、すべて、A4サイズ、片面印刷としてください。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へ直接提出してください。

**【重要】** 退職手当共済システムを利用せず、書類を福祉医療機構へ提出する場合、退職手当金の支給までかなりの期間を要しますのでご注意ください。

### 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) 太枠の中は必ず記入してください。
- (3) 本紙には、必須の添付書類があります。  
国税庁の様式である「退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書」及び貼付用紙1枚目～2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。また、令和8年以降、税制大綱に示されているとおり、マイナンバーを記載した源泉徴収票・特別徴収票を税務署及び市町村に提出しなければならなくなりました。

- (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、本人確認等書類の提出により、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。(現住民票と記載内容が同じであれば引き続き有効です) ※上記日付以降に氏名・住所変更のある方の通知カードは添付されても全て不備となります。
- (4) 有効な通知カードがない場合は、行政に「個人番号カード」または「個人番号が記載された住民票」の発行を依頼し、その写しを添付してください。

## 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) 「退職手当金請求書」の登録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をしたり、「退職手当金請求書」の口座番号を誤入力すると、退職手当金は振込できません。

その場合、振込先の変更届の登録が必要となり、退職手当金の支給が大幅に遅れることとなります。また、振込先の変更届は送金日以降にメールまたは郵送で照会を行いますので、当機構からの連絡をお待ちください。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) 被共済職員としての在籍期間が1年未満及び被共済職員期間が12か月未満の場合、退職手当金は支給されません。

**注** 合算で採用した職員が1年未満で退職された場合でも、合算により被共済職員期間が12か月を超える場合がありますので、請求(又は合算)手続きの可否について、お手数ですが、当機構までお問合わせください。

## 6 退職と同時に帰国する被共済職員の退職手当金請求

技能実習生等で、退職と同時期に帰国することから、日本の銀行口座をやむを得ず解約してしまう場合、退職手当金を外国送金することができます。

- (1) 帰国先の外国に持つ口座は、退職者本人名義を指定してください。それ以外は対応ができませんので、ご注意ください。
- (2) 外国へ送金することができる通貨は、日本円のみです。日本円が振込できない口座は指定できません。
- (3) 別途「外国送金依頼書兼告知書」（用紙は福祉医療機構からお渡しできます。）をご記入いただきます。すべてアルファベット（大文字）表記で、情報に過不足なく作成していただく必要があります。大変不備の多い書類となっており、不備があると送金できません。間違いがないか、よく内容を確認してからご提出ください。

上記の外国送金案件が発生する予定の共済契約者様は、ご案内一式を送付しますので、事前に退職給付課へお問合わせください。

**注** 退職者が帰国後に、退職手当金請求書類の不備で本人への確認事項が発生した場合は、共済契約者様から本人へご確認いただくようご協力いただいております。退職前に、ご連絡先や連絡可能な手段を確認していただきますようお願いいたします。

## 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。

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 カミヤ マチコ	313 氏名 神谷 町	332 373 生年月日 2 大正 昭和 平成 〇〇 〇 1 0 1 1 0	379 連絡先電話番号(携帯も可) 外局 局 番号 03 2222 1111
郵便番号	〒 396 398 399 402 9 9 9 - 9 9 9 9	住所	403 東京都港区虎ノ門1-11-111 虎ノ門ハイツ1050号		
振込先金融機関	金融機関コード 570 1 2 3 4 5 6 7	店番号	574 576	539 540 振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。 福社 銀行 信用組合 信用金庫・農業協同組合	569 570 新橋 本店・支所 <del>虎ノ門</del> 支店 出張所
口座番号	(右詰めで記入してください) 377 0 9 8 7 6 5 4	預金種目	583 普通	口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください) カミヤ マチコ	[請求者本人名義の金融機関口座としてください] 605

・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。なお、合併・名称変更・統廃合等により、預金通帳、キャッシュカードが古い情報の場合は、その写しを訂正してから最新の内容で記入してください。  
・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。(参照P106注)

・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。

・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。

## (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。
- ・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。

金融機関コード		支店番号		金融機関名		支店名(口座開設店)	
振込先金融機関	金融機関コード 570 573 574 576	店番号 510 539 540 569	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。 福祉 銀行 信用組合 信用金庫・農業協同組合		口座名義 新橋 本店・支所 虎ノ門 支所 出張所		605
口座番号 (右詰めで記入してください)		預金種目	口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)		[請求者本人名義の] 金融機関口座としてください		
577	0 9 8 7 6 5 4	普通	585	カミヤ マチコ			605

注. ひとマス空ける

### 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)

金融機関コード		支店番号		支店名(漢数字3桁で最終桁が「八」になります。 ※ 支店番号は同じです。)		○はつけません	
振込先金融機関	金融機関コード 570 573 574 576	店番号 510 539 540 569	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。 ゆうちょ 銀行 信用組合 信用金庫・農業協同組合		口座名義 一八 本店・支所 支店・出張所		605
口座番号 (右詰めで記入してください)		預金種目	口座名義 (左詰めでカタカナで記入してください)		[請求者本人名義の] 金融機関口座としてください		
577	0 1 2 3 4 5 6	普通	585	カミヤ マチコ			605

注. ひとマス空ける

(3) 退職所得の受給に関する申告書の欄

- 注1** 申告書欄の太枠の「あなたの」欄と A 欄は遺族請求の場合を除き、必ず記入してください。未記入の場合は、退職手当金の 20.42%が源泉徴収税額として差引かれます。
- 注2** 遺族請求の場合は、申告書欄の記入は不要です。(参照 P170)
- 注3** 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。(参照 P175)
- 注4** 退職金を複数個所から受け取る場合、手続きの前に、必ず退職金を受け取る順番を決めていただくこととなります。つきましては、福祉医療機構の退職所得の受け取りを最終順位とする場合は、必ず先順位の退職所得が支払われ、退職所得の源泉徴収票・特別徴収票がお手元に届いてから、お手続きをお願いいたします。

**【提出は必須です】**

退職した年

現在の住所

芝 年 月 日 税務署長 殿 / 市町村長 殿		年分 退職所得の受給に関する申告書 兼 退職所得申告書	
退職手当の支払者の 所在地 (住所) 〒105-8486 東京都港区赤坂4丁目3番13号 名 (氏名) 退職日 医療機構 法人番号 (個人番号) 8 0 1 0 4 5 0 3 1 6 8 8	あなたの 現住所 〒 氏名 個人番号	個人番号 (マイナンバー) 退職した年の1月1日の住所	
このA欄には 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はありません。			
① 退職手当等の支払を受けることになった年月日 年 月 日 A 退職の区分等 <一般・障害の区分> 一般・障害 [ ] <生活扶助の有無> 有・無	② 退職した年の1月1日に生活保護法による生活保護を受けている場合は「有」に○をしてください。「有」の場合、生活保護受給証明書(写し)を添付してください。該当しない方は「無」に○をしてください。	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 うち 特定役員等勤続期間 有 無 うち 一般勤続期間との重複勤続期間 有 無 うち 短期勤続期間 有 無 うち 全重複勤続期間 有 無	・勤続期間は、当機構の加入期間です。加入年月日(自)及び退職年月日(至)を記入し、その年数を記載してください。 ・継続異動をした場合は、最初の年月日及び退職年月日を記載してください。 ・合算申出をした場合は、未加入期間があっても、最初の加入期間及び退職年月日を記載してください。
B欄以下は、福祉医療機構以外から退職金の支給がある場合にご記載ください。その場合、源泉徴収票を『退職所得の受給に関する申告書退職所得申告書』に関する貼付用紙1に貼付してください。 ※国税庁の様式になりますので、記載方法についてご不明な点がございましたら、国税庁またはお近くの税務署にご確認ください。			