

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臨時職員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出ます。

氏名又は名称及び代表者職氏名

共済契約者番号

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

施設番号

施設又は事業

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) 加入した日(注4) 前共済契約者名(合算申出あるいは解除経緯のある職員の加入の場合に記入してください)

前共済契約者番号 前職員番号

有・無 退職・解雇 合算申出 年月日

有・無 退職・解雇 合算申出 年月日

有・無 退職・解雇 合算申出 年月日

カードNo
1 2
6 4

◎コピー用紙を共済契約者様としてご手配してください。
◎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きます。

① 氏名

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

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 一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 の『3 俸給の調整額について』』で説明しています。
- ・ 日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員（1日8時間週40時間）]

- ・ 日給（本俸に相当する額で交通費等を含まない額）が7,000円の職員の場合
→7,000円（日給）×21日=147,000円
- ・ 時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合
→700円（時給）×8時間（1日の労働時間）×21日=117,600円

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

- ・ 日給（本俸に相当する額で交通費等を含まない額）が7,000円で週4日勤務の職員の場合
→7,000円（日給）×4/5日（週5日にならした日給）×21日=117,600円
- ・ 時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→700円（時給）×7時間（1日の労働時間）×4/5日（週5日にならした日給）×21日=82,320円
- ・ なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

⑤ 被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日

加入する職員が、被共済職員であった場合、被共済職員期間を通算又は合算できることがありますので、その事実を当該職員に確認して記入してください。また、「解除」「合算申出」の事実がある場合、「前共済契約者名」「前共済契約者番号」及び「前職員番号」を記入してください。

なお、被共済職員でなくなった理由「退職・解除・合算申出」の内容については、次のとおりです。

【退職】 →退職手当金の給付を受け、被共済職員でなくなった場合等

【解除】 →経営者が共済契約を解除したことにより、被共済職員でなくなった場合等（この場合、被共済職員期間を合算できることがあります。）

【合算申出】 →被共済職員期間1年以上ある者が退職手当金を請求しないまま、退職日から3年以内（H 28.3.31以前退職日の場合は、2年以内）に再び被共済職員になる場合（この場合、被共済職員期間を合算することができます。）

※ 「被共済職員加入届」をご提出いただく場合の送付先

〒105-8486

東京都港区虎ノ門4-3-13 ヒューリック神谷町ビル9階
独立行政法人福祉医療機構 共済部 退職共済課

※個人情報になりますので、共済契約者の個人情報保護規程に基づき、追跡可能な方法等でご提出ください。