# 施設等新設届・申出書

（約款様式第１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 |
|---|
| |

◎◎◎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。

次のとおり施設・事業について

| 施設区分 | | |
|---|---|---|
| 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〇をしてください。

| 共済契約者番号（4〜9） | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 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（電話番号） |

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。

| 新設・申出年月日（343〜348） | 元号 | |
|---|---|---|

・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。

| 施設番号（10〜12） | 名称（70〜139） | 種類 | 種類コード（13〜16） |
|---|---|---|---|
| | | | |

**上記「種類」が、軽費老人ホームの場合のみ**、以下の内容を確認の上、**□内にチェックを記入してください。**
□当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。（施設区分「１．社会福祉施設等」となります。）
□当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。　（施設区分「２．特定介護保険施設等」となります。）

| 所在地 | 県外コード（17〜18） |
|---|---|
| 郵便番号（140〜146）－（227〜326） | |

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

| ※申込施設が「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」に該当する場合は右記にもご記入ください | 給与支払遅延の有無 | 当該施設等が共済契約を締結していたことの有無 | | ※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 | 特定職員数（349〜353） | ※申込施設が下記②に該当する場合、右記にもご記入ください | 措置入所障害児関係業務従事職員数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 有の場合解除年月日 | | | | |
| | 有・無 | 有・無 | 年　月　日 | | 人 | | 人 |

【記入上の留意点】

＊①　今次申込施設が左欄の事業であって、左欄の事業と右欄（特定社会福祉事業）を併設し、右欄の事業割合が1/3以上2/3未満であるとき、特定職員数を算出し、ご記入ください。（算出方法については「社会福祉施設職員等退職手当共済制度マニュアル」をご参照ください）

| 左欄 | 右欄 |
|---|---|
| （児童関係）**障害児通所支援事業**<br>（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**<br>（障害者関係）**居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援** | **児童自立生活援助事業**<br>**小規模住居児童養育事業**<br>**小規模保育事業**<br>**認定生活困窮者就労訓練事業** |

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

【添付書類】
１　職員名簿（別紙）
２　右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
（1）「許認可書」（写）又は「指定通知書」（写）
（2）「許可書」（写）及び「許可申請書」（写）
（3）　その他、業務委託契約書等
（4）　上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等
（5）　法令により許認可・届出の必要がない場合は、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
①「法人の定款」（写）
②「定款変更申請書」（写）及びその他の書類

【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） |
|---|
| |

**（別紙）施設等新設届・申出書職員名簿**

記載上の留意点等を必ずお読みのうえ、**「新設・申出年月日」時点**で在籍し、加入要件を満たしている職員を記入してください。

◎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 | 共済契約者番号 / 施設番号 | 施設区分（該当区分に○をつけてください。） | 施設・事業の名称 | 配置換／継続異動の職員の従業状況 | | |

（約款様式第２号）

○ 提 出 期 限　４ 月 ３０ 日　（必着）
○ 提 出 先　独立行政法人福祉医療機構　共済部退職共済課
※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。
※業務委託先への提出は必要ありません。

# 年度 掛金納付対象職員届

（被共済職員氏名変更届）
（被共済職員加入届（４月１日付加入の者））
（共済契約対象施設等復帰届（４月１日付復帰の者））
（被共済職員退職届（在籍期間１年未満の者））

年　月　日

変更している場合は、漢字等で訂正し、カナを付してください。
（この場合は、別に「共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書（約款様式第10号）」を必ず提出してください。）

〒

共済契約者電話番号（代表）

※業務従事日数が10日以下の月（被共済職員期間とならない月）がない場合は、必ず計欄に「00」と記入してください。

※業務従事日数が10日以下の月（被共済職員期間とならない月）には、「産前産後休暇」及び「育児休業」の期間は記入しないでください。

●作成にあたっては、必ず「作成要領」でご確認のうえ、ご記入ください。
●記入入すべき職員がいない施設・事業は、職員名簿欄以外を記入して、必ず掛金届をご提出ください。

年４月１日現在在籍する掛金納付の対象となる被共済職員の状況は、次のとおりです。

| 共済契約者番号 | 施設番号 | 施設・事業廃止年月日 |
|---|---|---|
| | | 年　月　日 |

| 施設又は事業の名称 | 種類 |
|---|---|
| | |
| 施設の住所 | |

| 区分 | 社会福祉施設等 | 特定介護保険施設等 | 申出施設等 | 特定職員数　人 | 措置入所署害児職員数　人 | 介護保険の指定の有無 | 有・無 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 掛金納付対象職員数 | 「単位掛金額」対象職員数 | 「単位掛金額×３」対象職員数 |
|---|---|---|
| A＋B　人 | A　人 | B　人 |

| 担当者名 | |
|---|---|
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |

※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、該当する左記の欄の番号を○で囲んでください。
注２１保育所等に入所を希望して申込を行っているが、入所できない場合
予定の養育を行っていた配偶者であって、１歳、１歳６か月又は２歳に達する日後の期間について、子の養育を行うことができなくなった場合
育児休業プラス」が「有」の場合は、「離婚等により子の養育ができなくなった場合」を記入しないでください。

| 職員番号 | ４月１日在籍者の氏名 ・在籍しない者は、抹消してください。 ・在籍職員は、漢字等に書き換えてください。 ・新規加入者等は、漢字等で追加記入してください。 ・氏名を変更している職員は、漢字等に書き換え、変更年月日を記入してください。 | 生年月日 1明治 2大正 3昭和 4平成 年 月 日 | 性別（男/女） | 加入資格※ | 職種番号 | 異動内容 理由（該当する番号に○をつけてください。但し、異動のない職員については、理由を選択する必要はありません。） | 異動内容 年月日（事実が発生した年月日を記入してください。） 年 月 日 | ４月１日の本俸月額 俸給表の額 円 | ４月１日の本俸月額 〈別掲〉俸給の調整額 円 | 従業状況 年３月までの在籍期間 有効期間 年 月 | 従業状況 年４月から年３月まで 業務従事日数が10日以下の月（被共済職員期間とならない月） 月名 | 計 | 育児休業をとった者 課業変更の有無 | 出産日 年 月 日 | 開始年月日 年 月 日 | 終了年月日（予定日） 年 月 日 | パパママ育休プラス | 事由延長の理由※ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 年 月 日 | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | 年 月 日 | 円 | 円 | 年 月 | | か月 | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |
| | | | | ア イ ウ | | 1新規加入 2退職 3配置換増 4配置換減 5契約対象施設等復帰増 6契約対象外施設等異動減 7継続異動増 8継続異動減 9合算申出増 10合算申出減 | | | | | | | 1・2・3 | | | | 有・無 | 1・2 |

（印刷管理No:　　）

| このページの「単位掛金額」対象職員数 | 人 | このページの「単位掛金額×３」対象職員数 | 人 |
|---|---|---|---|

★◆印は平成18年4月1日から平成28年3月31日までの加入者です。☆印は施設転換前の加入者です。

※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

※　この届出によりご提供いただいた情報は、業務遂行のために使用するほか、個人を特定できない統計情報として利用することがありますので、ご了承ください。

※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、この掛金納付対象職員届ではなく、別途「施設等新設届・申出書」（約款様式第１号）により提出し、それに伴う掛金については既存施設分とあわせて５月末までに一括でご納付願います。

# 措置入所障害児関係業務従事職員数・特定職員数の見込数変更届

（約款様式第２号の２）

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

| 機構受付日付印 |
| --- |
| |

◎ コピー１部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎ この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。

**該当する番号に○をつけてください。**

１．措置入所障害児関係業務従事職員数
２．特定職員数

の見込数について、変更がありましたので、届け出ます。

| | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共済契約者番号 | 共済契約者 | 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　－　－ |
| 施設番号 | | 施設・事業の名称 | | | |
| 変　更　前 | | 措置入所障害児関係業務従事職員数（見込数） | | 特定職員数（見込数） | |
| | | 人 | | 人 | |
| 変　更　後 | | 措置入所障害児関係業務従事職員数 | | 特定職員数 | |
| | | 人 | | 人 | |
| 備　　考 | | | | | |

＜記載上の留意点等＞

１　この届は、措置入所障害児関係業務従事職員数又は特定職員数の見込数が、確定した措置入所障害児関業務従事職員数又は特定職員数と異なっていた場合のみ提出してください。

２　この届は、当該年度５月末日までに必ず提出してください。

３　［　　］は記入しないでください。

# 掛金納付期限延長申請書

（約款様式第３号）

◎コピー１部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
**◎下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。**

| 機構受付日付印 |
| --- |
| |

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

次のとおり掛金の納付期限を延長したいので、承認してくださるよう申請します。

| 共済契約者番号 | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | 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　－　－ |
| 延長の対象となる掛金 | | (元号)　　年度分　　円 | | | |
| 希望する延長期限 | | 年　月　日 | 延長前の納付期限 | | 年　月　日 |
| 延長申請の理由<br>（具体的に記入してください） | | | | | |
| 備　　考 | | | | | |

＜添付資料＞
延長申請の理由証明書［(例) 風水害等（市町村長)、火災・地震等（消防署長又は市町村長)、感染症等（保健所長)］を添付してください。

# 社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届

（約款様式第４号）

◎コピー１部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
**◎下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。**

| 機構受付日付印 |
|---|
| |

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 共済契約者番号 | 共済契約者 | 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　　－　　－ |
| 経営者でなくなった年月日 | | 元号　　年 | 月 | 日 | |
| 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<br>イ　法人解散　　カ　死　亡<br>ウ　廃　止　　キ　交　替<br>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 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| 備考 | 変更後の<br>共済契約者（経営者）名（　　）<br>共済契約者番号（　　） | |

**＜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等
※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。

# 中小企業退職金共済契約締結届

（約款様式第５号）

| 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。**

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

次のとおり、被共済職員について中小企業退職金共済契約を締結したので届け出ます。

| 共済契約者番号 | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | 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　　－　　－ |

| 中小企業退職共済契約 | |
| --- | --- |
| 契約締結年月日 | 年　　月　　日 |
| 中小企業退職共済契約者番号 | |
| 締結の理由<br>（具体的に記入してください） | |
| 備　　考 | |

＜添付資料＞
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。
＜留意点＞
同じ職員が本制度と、中小企業退職共済制度に重複して加入をすることはできません。
また、中小企業退職共済制度へ加入したことにより解除になった場合は、退職手当金は支給されません。

# 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るので届け出ます。

◎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。

| 機構受付日印 |
|---|
| |

| 共済契約者番号（4〜9） | 共済契約者 | 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　－　－ |
| 施設番号 | 施設又は事業 | 名称 | | 種類 | |
| | | | | | |

| 氏名 | 生年月日（2大正 3昭和 4平成 5令和） | 性別（1男 2女） | 加入年月日 | 加入資格（注1） | 加入時 職種（注2） 名称 | 番号 | 加入時 本俸月額（注3） 俸給表の額（91〜97） | <別掲>俸給の調整額（99〜104） | 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（注4）（305） | | 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加入の場合に記入してください。） 前共済契約者番号（306〜311） | 前職員番号（312〜316） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 3 4 5　年　月　日 | 1 2 | 元号　年　月　日 | アイウ | | | 千　円 | 千　円 | 有・無 | 退職・解除 合算申出 年月日 | | |
| | 2 3 4 5 | 1 2 | 元号 | アイウ | | | 千　円 | 千　円 | 有・無 | 退職・解除 合算申出 年月日 | | |
| | 2 3 4 5 | 1 2 | 元号 | アイウ | | | 千　円 | 千　円 | 有・無 | 退職・解除 合算申出 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（※）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日付の加入の場合は、この届書ではなく掛金納付対象職員届で報告してください。

| カードNo 1 | 2 |
|---|---|
| 6 | 4 |

（約款様式第7号）

| 業務委託先受付日付印 | 機構受付日付印 |
|---|---|
| 755 761 | 762 768 |

# 被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

次のとおり、被共済職員が退職したので届出ます。

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

**作成日**　年　月　日

**職員番号**（10〜14）

**退職者の氏名**（カタカナ 15〜34／漢字 35〜74）

変更前の氏名（変更している場合のみ記入）（カタカナ 75〜94／漢字（旧姓） 95〜134）（年　月　日変更）

**退職理由（該当する番号を○で囲んでください）**（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す。

**退職者の生年月日**（135〜141）
2 大正　3 昭和　4 平成　5 令和　年　月　日

**退職年月日**（142〜148）
元号　年　月　日

**退職者の住所（連絡先）**　※電話番号は携帯も可
郵便番号（847 — 853）　電話番号（954 — — 969）
住所（854〜953）

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

**退職月の直前の4月から退職月までの期間**

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

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

**育児休業の申請があった場合**

（176）1 新規　2 変更　3 再取得
出産日（177 元号 年 月 日 180）
育児休業開始日（184 元号 年 月 日 190）
育児休業終了日（191 元号 年 月 日 197）
パパ・ママ育休プラス（975）有・無
半年延長の理由（※）（975）1　2

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

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

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

手当名（　手当）
手当名（　手当）

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

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

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

**福祉医療機構の処理欄（記載しないでください）**

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

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

（約款様式第7号の2）

| 846 |
|---|
| 0 |

| 機構受付日付印 |
|---|
| 977　983 |

# 退職手当金請求書（1枚目）

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

【注意】　※ 本請求書と一緒に合算制度利用申出書は提出しないでください。

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

（作成日　　年　月　日）

| 退職年月日 | 元号　年　月　日 | 退職理由 | 簡潔に記載してください（例：自己都合（結婚、転職など）による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇 など） |
|---|---|---|---|
| 退職した勤務先 | 法人名か施設名のいずれかを記入してください | | |

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

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

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

<個人情報の取扱いに関する注意事項>　請求者又は退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

年　月　日
芝　税務署長
　　市町村長　殿

# 年分　退職所得の受給に関する申告書
# 退　職　所　得　申　告　書

支払者受付印

| 退職手当の支払者の | 所在地（住所） | 〒105-8486<br>東京都港区虎ノ門4丁目3番13号 |
|---|---|---|
| | 名称（氏名） | 独立行政法人福祉医療機構 |
| | 法人番号 | 8010405003688 |

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

【個人番号の取得目的】 あなたの個人番号は税務手続きに利用します。

源泉徴収票はのりづけとし、ホッチキスでとめないでください　**源泉徴収票貼付欄**

**このA欄には、死亡退職による遺族請求を除き、全ての人が、記載してください。**
**（あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。）**

| A | ① 退職手当等の支払を受けることとなった年月日 | 年　月　日 | ③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　年 |
|---|---|---|---|---|
| | ② 退職の区分等 | 一般 / 障害 / 生活扶助 の 有・無 | | |

**注意→あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。**

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

**注意→あなたが前年以前4年内（その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内）に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。**

| C | ⑥ 前年以前4年内（その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内）の退職手当等についての勤続期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | ⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　年 |
|---|---|---|---|---|

**注意→A又はBの退職手当等についての勤続期間のうちに、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。**

| D | ⑧ Aの退職手当等についての勤続期間（③）に通算された前の退職手当等についての勤続期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　年 | ⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　年 |
|---|---|---|---|---|
| | ⑨ Bの退職手当等についての勤続期間（④）に通算された前の退職手当等についての勤続期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　年 | ⑪ ⑦と⑩の通算期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日　年 |

**注意→B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。**

| E | 区分 | 退職手当等の支払を受けることとなった年月日 | 収入金額 | 源泉徴収額 | 特別徴収税額 市町村民税（円） | 特別徴収税額 道府県民税（円） | 支払いを受けた年月日 | 退職の区分 | 支払者の所在地（住所）・名称（氏名） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | ：　： | | | | | ：　： | 一般<br>障害 | |
| | C | ：　： | | | | | ：　： | 一般<br>障害 | |

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

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

（約款様式第７号の２）添付書類用紙

# 退職手当金請求書（２枚目）

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

○ 振込先金融機関の記載内容を確認する必要があります。

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

**振込先口座が確認できる次のいずれかを、この枠内に貼付してください。**

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

（約款様式第７号の２）添付書類用紙

# 退職手当金請求書（３枚目）

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

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

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

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

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

**（この枠内に、書類を重ねて貼ってください）**

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

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

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

（約款様式第７号の２）添付書類用紙

# 退職手当金請求書（４枚目）

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

○ 氏名が変更していることを確認する必要があります

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

（氏名が変更していることを確認する書類の写しを貼ってください）

※　この用紙に貼りきれないものは、貼らないで（ホッチキス留め）提出してください。

**※　退職手当金請求書（３枚目）に添付した内容で、旧姓から新姓が確認できる場合は、本用紙（４枚目）は不要です。**

（約款様式第7号の3）

| 846 |
|---|
| 1 |

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

# 合算制度利用申出書

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

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

1回目　現在の勤務先を退職した時（制度利用の意向を事前に申し出）

| 申出書の作成日 | 元号 | 年 | 月 | 日 | 退職理由 | 簡潔に記載してください（例：自己都合（結婚、転職など）による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇 など） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 退職日 | 元号 | 年 | 月 | 日 | | |

| 退職した勤務先 | 契約者番号 | 職員番号 | 法人名か施設名のいずれかを記入してください |
|---|---|---|---|

| 312 申出者区分 | フリガナ 313 332 | 生年月日 373 379 | 連絡先電話番号（携帯も可） |
|---|---|---|---|
| 1 退職者本人 | 氏名 333 372 | 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和　年　月　日 | 市外局 954 / 局 / 番号 969 |
| 郵便番号 | 住所 854 | | 502 |
| 〒 847 849 － 850 853 | | | |

〈個人情報の取扱いに関する注意事項〉 退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

2回目　再び被共済職員となる時（制度利用を申し出）

| 申出書の作成日 | 元号 | 年 | 月 | 日 | 再び被共済職員となる日 | 元号 | 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 勤務先 | 契約者番号 | 職員番号 | 法人名か施設名のいずれかを記入してください |
|---|---|---|---|

| 申出者区分 | フリガナ | 生年月日 | 連絡先電話番号（携帯も可） |
|---|---|---|---|
| 被共済職員本人 | 氏名 | 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和　年　月　日 | 市外局 / 局 / 番号 |
| 郵便番号 | 住所 | | |
| 〒 － | | | |

〈個人情報の取扱いに関する注意事項〉 退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

**【注意】**

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

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

**（１）退職した場合、退職手当金の請求、あるいは、この制度（被共済職員期間を合算する制度）の利用のいずれかを選択できます。**

**（２）次のいずれかに該当するときは、期間の合算はできません。**

**① 退職手当金を請求したとき**

**② 退職日を含めて、被共済職員としての在籍期間が１年未満のとき**

**③ 退職した理由が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であった場合**

**④ 上記のほか、虚偽報告その他、法の規定により期間の合算ができない場合があります。**

**【大変重要なこと】**

**（１）この申出書は２回、福祉医療機構へ提出してください（本人は勤務先に提出してください）。**

**・１回目：現在の勤務先を退職した時（合算制度の利用の意向を提出）　➢ 記載は上段のみ**

**・２回目：再び被共済職員となる時　（あらためて、合算制度の利用申出を提出）　➢ 記載は下段に追記**

**（２）このため、本申出書は、必ず、写しを２部以上、控えとして保管しておいてください。**

**（３）福祉医療機構では、退職した日から起算して３年以内（平成２８年３月３１日以前の退職においては２年以内です）に、再び、本制度（社会福祉施設職員等退職手当共済制度）に加入すること（被共済職員となること）となった場合に備え、合算制度利用の申し出があったことをデータ管理します。**

**（４）再び被共済職員となる時**

**・１回目に提出した申出書の控え（コピー）の下段に必要事項を記入して、新たな勤務先に提出してください。**

**・そして、新たな勤務先に対し、「前の勤務先を退職する時に、福祉医療機構に対して合算制度利用の意向をすでに申し出ていること」を確実にお伝えください。**

**・新たな勤務先は、その申出について、この申出書を福祉医療機構へ提出（２回目分）します。**

**【記載上の留意点】**

**（１）鉛筆や消せるボールペンで記入しないでください（鉛筆等を使用した場合、受付できません）。**

**（２）上記ワク内の事項は、すべて、正確に記入してください。**

**（３）２回目の職員番号が不明な場合は、未記入としてください。**

（約款様式第８号）

# 共済契約者間継続職員異動届

| 機構受付日付印 |
|---|
| |

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

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

次のとおり、被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

◎コピーを２部とり、１部を共済契約者控えとしてお手元に残し、１部を先に作成した共済契約者にお送りください。
◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被共済職員氏名 | （フリガナ）54　73<br>74　113 | | 生年月日 114　120<br>２ 大正　３ 昭和　４ 平成　５ 令和　年　月　日 | |
| 異動後の共済契約者 | 共済契約者番号 4　9 | 施設番号 10　12 | 採用年月日 14　19<br>元号　年　月　日 | 職種 |
| | | | | 名称 / 20 番号 21 |
| | 氏名又は名称 | | | 異動後の本俸月額 |
| | 主たる事業所の所在地 | 郵便番号　－ | | 俸給表の額 22　28　千　円 / ＜別掲＞俸給の調整額 30　35　千　円 |
| | 事務担当者氏名 | 電話 | | |
| | 勤務する施設又は事業所 | | | 種類 |
| 異動前の共済契約者 | 共済契約者番号 36　41 | 職員番号 42　46 | | 異動前の本俸月額 |
| | | | | 俸給表の額 122　128　千　円 / ＜別掲＞俸給の調整額 129　134　千　円 |
| | 氏名又は名称 | | | |
| | 主たる事業所の所在地 | 郵便番号　－ | | 退職月の出勤日数（月の末日での退職ではない場合に記入してください）　日 |
| | 事務担当者氏名 | 電話 | | 退職日 47　53<br>元号　年　月　日 |
| | 勤務する施設又は事業所 | | | |

退職月の直前の４月から退職までの期間において

| 業務に従事した日数が１０日以下の月（被共済期間とならない月） | 育児休業の申請があった者 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月名 | 左月の計 | | | | |
| □ ４月　□１０月<br>□ ５月　□１１月<br>□ ６月　□１２月<br>□ ７月　□ １月<br>□ ８月　□ ２月<br>□ ９月　□ ３月 | 合計　　月 | １ 新規<br>２ 変更<br>３ 再取得 | 出産日 | 元号　年　月　日 | パパ・ママ育休プラス　有　・　無 |
| | | | 育児休業開始日 | 元号　年　月　日 | 半年延長の理由（※）　１　・　２ |
| | | | 育児休業終了日 | 元号　年　月　日 | |
| | | １ 新規<br>２ 変更<br>３ 再取得 | 出産日 | 元号　年　月　日 | パパ・ママ育休プラス　有　・　無 |
| | | | 育児休業開始日 | 元号　年　月　日 | 半年延長の理由（※）　１　・　２ |
| | | | 育児休業終了日 | 元号　年　月　日 | |

| カードNo. 1　2 |
|---|
| 5　8 |

**（※）半年延長の理由**

育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。

１　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、入所できない場合

２　子の養育を行っている配偶者であって、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合

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

# 共済契約対象（外）施設等異動届

（約款様式第９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 |
|---|
| |

被共済職員が次のとおり

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

該当する届出区分に○をつけてください。

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

| 1 共済契約者番号 9 | 共済契約者 | 氏名又は名称 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 主たる事務所の所在地 | 郵便番号　－ | |
| | | 事務担当者氏名 | | 連絡先　電話 |

| 10 職員番号 14 | 被共済職員氏名 | カナ | 15 34 | 75 生年月日 81 |
|---|---|---|---|---|
| | | 漢字 | 35 74 | 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和　年　月　日 |

| 施設番号 | 勤務していた施設又は事業 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 名称 | | 種類 | |
| 82 施設番号 84 | 異動又は復帰した施設又は事業（※異動の場合は「定款」を添付すること） | | | 278 281 |
| | 名称 | | 種類 | |

## １．共済契約対象外施設等異動の場合（届出区分「１」に○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（被共済職員期間とならない月） | 共済契約対象施設等最終在籍年月日 | 元号 87 | 88 年 | 89 月 | 90 91 日 92 |
|---|---|---|---|---|---|

| 207 月名 218 | 計 254 | 異動した月以前６か月の本俸月額（ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます） |
|---|---|---|
| | か月 | |

| 異動月の出勤日数 | 日 | 年　月（元号）（年）（月） | 俸給表の額 | ＜別掲＞俸給の調整額 手当名（　　）（円） |
|---|---|---|---|---|
| 育児休業の申請があったもの | | | | |

| 255 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 新規 | 出産日 | 元号 | 234 | 年 | 月 | 239 日 | 94 | | 97 | 98 | | | | | 104 | 106 | | | | 111 |
| 2 変更 | 育児休業開始日 | 元号 | 241 | 年 | 月 | 246 日 | 113 | | 116 | 117 | | | | | 123 | 125 | | | | 130 |
| 3 再取得 | 育児休業終了日 | 元号 | 248 | 年 | 月 | 253 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | パパ・ママ育休プラス | 有 ・ 無 | | | | | 132 | | 135 | 136 | | | | | 142 | 144 | | | | 149 |
| | 半年延長の理由（※） | １ ・ ２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 257 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 新規 | 出産日 | 元号 | 259 | 年 | 月 | 262 日 | 151 | | 154 | 155 | | | | | 161 | 163 | | | | 168 |
| 2 変更 | 育児休業開始日 | 元号 | 264 | 年 | 月 | 269 日 | 170 | | 173 | 174 | | | | | 180 | 182 | | | | 187 |
| 3 再取得 | 育児休業終了日 | 元号 | 271 | 年 | 月 | 276 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | パパ・ママ育休プラス | 有 ・ 無 | | | | | 189 | | 192 | 193 | | | | | 199 | 201 | | | | 206 |
| | 半年延長の理由（※） | １ ・ ２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**＜添付書類＞**

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

## ２．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 | 元号 | 年 | 月 | 日 | 職種 名称 | 番号 92 93 | 復帰時の本俸月額 俸給表の額（円） 94 100 | ＜別掲＞俸給の調整額（円） 101 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 共済契約対象施設等復帰年月日 | 86 | 年 | 月 | 91 日 | | | | |

**※）半年延長の理由**

育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。

１　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、入所できない場合

２　子の養育を行っている配偶者であって、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合

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

| 1 カードNO 2 |
|---|
| |

◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。◎写し１部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。◎届出区分１の場合は、**下部記載の＜添付書類＞を必ず添付してください。**

# 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　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

| 機構受付日付印 |
|---|
| |

◎コピー１部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
**◎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。**

次のとおり

| 届出区分 | | |
|---|---|---|
| | 1 | 変更があったので届け出ます。 |
| | 2 | 再交付を申し出ます。 |

**該当する届出区分に○をつけてください。**

| 共済契約者番号 | 共済契約者 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 氏名又は名称 | | | |
| | | 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　　－　　－ |

| | |
|---|---|
| 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（　　） |

※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。

１．共済契約者の変更事項

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

２．共済契約対象施設等の変更事項

| 施設番号 | | 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　年　月　日） | 新 | 〒　　－ | |
| | 旧 | | |
| 種　類 | 新 | | |
| | 旧 | | |

**＜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等

＜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。

# 共済契約対象施設等一部廃止届

（約款様式第１２号）

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

| 機構受付日付印 |
| --- |
| |

◎◎コピー１部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
**●下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。**

次のとおり、施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

| | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共済契約者番号 | 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　　－　　－ |

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 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<br>元号　年　月　日 |
| | | | |

| | |
| --- | --- |
| 理　　由<br>（該当する記号に○） | ア．廃　　止<br>イ．休　　止<br>ウ．経営移管 |
| 被共済職員 | （1）退　職　者　人　（2）引継（移管）職員　人<br>（3）配置換職員　人　（4）継続異動職員　人<br>（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<br>合計　人 |
| 備　　考 | 経営移管後の<br>共済契約者（経営者）名（　　）<br>共済契約者番号（　　） |

**＜添付書類＞**

1　共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿（別紙）
2　右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
（1）「廃止・休止届受理通知書」（写）
（2）受理印等のある「廃止・休止届」（写）
（3）その他、業務委託契約書等（写）
上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書等
※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
（1）法人の定款（写）
（2）定款変更申請書（写）及びその他書類

**確認事項**
ｱ.　施設・事業の名称　ｲ.所在地
ｳ.　施設・事業の種類　ｴ.廃止・休止年月日
※申出施設等については、「ｳ」は不要

＜記載上の留意点＞

1　「退職者」又は「継続異動職員」又は「共済契約対象外施設等への異動職員」がある時は、遅延なく次の届書を提出してください。
（1）退職者及び合算申出職員…被共済職員退職届（約款様式第７号）並びに退職手当金請求書（約款様式第７号の２）又は合算制度利用申出書（約款様式第７号の３）
（2）他の共済契約者への継続異動職員…共済契約者間継続職員異動届（約款様式第８号）
（3）共済契約対象外施設等への異動職員…共済契約対象（外）施設等異動届（約款様式第９号）
2　経営者の変更により変更後の共済契約者（経営者を含む）が該当共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書（約款様式第１号）」に併せて提出してください。

（別紙）共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿（廃止・休止する施設・事業に在籍していた職員について、施設・事業毎に作成してください。）

記載上の留意点等を必ずお読みのうえ記入してください。

| | 職員番号 | 共済契約者番号 | 施設番号 | 該当する区分に○をつけてください。<br>施設区分 1 社会福祉施設等<br>2 特定介護保険施設等<br>3 申出施設等 | 廃止する施設・事業の名称 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 職員氏名 | 生年月日<br>2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 | 1 男 2 女 | 異動時職種 名称 | 異動時職種 番号 | 異動の内容 理由<br>該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。<br>1．退職（合算申出含む）<br>2．引継（移管）<br>3．配置換<br>4．継続異動<br>5．契約対象外施設等異動 | 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。<br>※（施設番号は「配置換」時のみ記入） | 異動後共済契約者名（継続異動・合算申出あるいは引継（移管）職員の異動の場合に記入してください）<br>異動後の共済契約者番号 |
| | 15 17 | 38 77 | 78 | 85 | | 86 87 | 102 | | 138 143 144 148 149 |
| 1 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 2 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 3 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 4 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 5 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 6 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 7 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 8 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 9 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |
| 10 | | | 2 3 4 5 | 1 2 | | | 施設等名称<br>施設番号 | | |

※［　　］は記入しないでください

# 退職手当共済契約解除通知書

（約款様式第１３号）

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

| 機構受付日付印 |
| --- |
| |

◎◎コピー１部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
**●下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。**

次のとおり、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 | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | 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　　－　　－ |
| 解除年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 解除日における被共済職員数 | | 人 | | | |
| 解除の理由（具体的に記入してください） | | | | | |

**＜添付書類＞**

1　退職手当共済契約を解除する全ての被共済職員（解除日に退職する職員も含む。）についての同意書を別途作成し、添付してください。
2　被共済職員であった者の従業状況報告書を別途作成し、添付してください。

＜記載上の留意点＞

1　この通知書により共済契約が解除になった場合は、退職手当金が支給されません。
2　部分解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第１３号の２）を使用してください。

# 従業状況報告書

## （従業状況報告書は施設ごとに作成してください）

| 共済契約者番号 | 施設番号 |
|---|---|
| | |

| | 職員番号 | 職員氏名 | 直前４月～解除月まで | | 育児休業をとった者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 業務に従事した日数が１０日以下の月（被共済職員期間とならない月） | | １新　規<br>２変　更<br>３再取得 | 出産日 | 開始年月日<br>終了年月日（予定日） | パパ・ママ育休プラス |
| | | | 月名 | 計 | | | | 半年延長の理由（※） |
| 1 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 2 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 3 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 4 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 5 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 6 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 7 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 8 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 9 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 10 | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1 2 3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |

（※）半年延長の理由　育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を○で囲んでください。

１　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、入所できない場合

２　子の養育を行っている配偶者であって、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合

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

# 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。

# 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　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

| 機構受付日付印 |
| --- |
| |

◎◎コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
**●下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。**

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。

| 共済契約者番号 | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | 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　　－　　－ |

| 解除年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部分解除をする特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数 | 施設番号 | 名　　称 | 解除する部分<br>（該当番号に○印をつけてください。） | 被共済職員数 |
| | | | 1．施設全体の被共済職員<br>2．平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1<br>3．平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2<br>4．施設転換後の被共済職員 | 人 |
| | | | 1．施設全体の被共済職員<br>2．平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1<br>3．平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2<br>4．施設転換後の被共済職員 | 人 |
| | | | 1．施設全体の被共済職員<br>2．平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1<br>3．平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2<br>4．施設転換後の被共済職員 | 人 |
| 解除の理由（具体的に記入してください） | | | | |

**＜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。

＜記載上の留意点＞

1　この通知書により退職手当共済契約部分解除になった場合は、退職手当金が支給されません。
2　退職手当共済契約（全部）の解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約解除通知書（約款様式第１３号）」を使用してください。
3　「１．施設全体の被共済職員」については、「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」の解除する施設・事業単位で業務に従事する全ての被共済職員に関する部分が解除となります。
4　「２．平成18年4月1日以降加入した被共済職員」については、経過措置の対象となる施設（※1）の業務に従事する平成18年4月1日以降に被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経過措置の対象とならない平成18年4月1日以降に開設した特別養護老人ホーム等の「特定介護保険施設等」では、「平成18年4月1日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。

（※1）共済契約者が、平成18年3月31日までに開設（制度に加入している施設）した次の施設・事業をいいます。
特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム（※介護保険法の規定に係るもの）、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、認知症対応型老人共同生活援助事業（グループホーム）。

5　「３．平成28年4月1日以降加入した被共済職員」については、経過措置の対象となる施設（※2）の業務に従事する平成28年4月1日以降に被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経過措置の対象とならない平成28年4月1日以降に開設した障害者支援施設等の「特定介護保険施設等」では、「平成28年4月1日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。

（※2）共済契約者が、平成28年3月31日までに開設（制度に加入している施設）した次の施設・事業をいいます。
障害児通所支援事業、障害児入所施設、障害者支援施設、居宅介護事業、重度訪問介護事業、同行援護事業、行動援護事業、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、福祉ホーム、短期入所事業、重度障害者等包括支援事業

# 従業状況報告書

（従業状況報告書は施設ごとに作成してください）

| 共済契約者番号 | 施設番号 |
|---|---|
| | |

| | 職員番号 | 職員氏名 | 直前４月～解除月まで | | 育児休業をとった者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 業務に従事した日数が１０日以下の月（被共済職員期間とならない月） | | １新　規<br>２変　更<br>３再取得 | 出産日 | 開始年月日<br>終了年月日<br>（予定日） | パパ・ママ育休プラス<br>半年延長の理由（※） |
| | | | 月名 | 計 | | | | |
| 1 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 2 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 3 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 4 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 5 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 6 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 7 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 8 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 9 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| 10 | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |
| | | | | | 1<br>2<br>3 | 元号　年　月　日 | 元号　年　月　日 | 有・無 |
| | | | | | | | 元号　年　月　日 | １・２ |

（※）半年延長の理由　育児休業期間の半年延長の理由は次のとおりですので、該当する上記の欄の番号を〇で囲んでください。

１　保育所等に入所を希望しているが、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、入所できない場合

２　子の養育を行っている配偶者であって、１歳（又は１歳６か月）に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合

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

# 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。

# 社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届

（約款様式第１６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、社会福祉施設等を特定介護保険施設等へ転換したので届け出ます。

| 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 | 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　－　－ |

| 転　換　日 | | | 年　月　日 | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 転換した施設又は事業 | 転換前 | 施設番号 | 名　称 | 種　類 |
| | | | | |
| | | | 所　在　地 | |
| | | | 郵便番号　－ | |
| | 転換後 | | 名　称 | 種　類 |
| | | | | |
| | | | 所　在　地 | |
| | | | 郵便番号　－ | |
| 備　考 | | | | |

**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
ｵ. 許認可届出年月日

**＜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）「許認可書」（写）
（2）「許可書」（写）及び「許可申請書」（写）
（3）その他、業務委託契約書等
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のみ、確認事項が明記されたいずれかの書類
（1）法人の定款（写）
（2）定款変更申請書（写）

＜記載上の留意点等＞
1　施設又は事業の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
①　養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
②　軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届（約款様式第１２号）」及び「施設等新設届・申出書（約款様式第１号）」を提出してください。
2　共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は「掛金納付対象職員届（約款様式第２号）」で確認して記入してください。
3　表中「転換した施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

# 施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届

（約款様式第１６号の２）

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構理事長　様

施設を転換する日以後新たに当法人（共済契約者）に使用され、かつ、当該施設の業務に常時従事することを要する者となるものについては、被共済職員でないものとすることを届け出ます。

| 機構受付日付印 |
|---|
| |

◎コピー１部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。

| 共済契約者番号 | 共済契約者 | 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　－　－ |

| 転換予定日 | | | 年　月　日 | |
|---|---|---|---|---|
| 転換する施設又は事業 | 転換前 | 施設番号 | 名称 | 種類 |
| | | | | |
| | | | 所在地 | |
| | | | 郵便番号　－ | |
| | 転換後 | | 名称 | 種類 |
| | | | | |
| | | | 所在地 | |
| | | | 郵便番号　－ | |
| 備考 | | | | |

＜記載上の留意点等＞

１　施設の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
　①　養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
　②　軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
　※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届（約款様式第１２号）」及び「施設等新設届・申出書（約款様式第１号）」を提出してください。

２　この届は、上記１の転換を行う場合において、転換日以後新たに当該共済契約者に使用され、かつ当該転換後の施設の業務に常時従事することを要する職員について、加入させない場合に転換日前日までに提出してください。
　※なお、施設又は事業を転換した日以後新たに当該共済契約者に使用された職員について契約を解除する場合は、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第１３号の２）」を提出してください。（この場合は、転換日以後新たに当該共済契約者に使用された職員全員の同意が必要になります。）

３　共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は掛金納付対象職員届で確認して記入してください。

４　表中「転換する施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。