

**11 「退職手当共済契約部分解除通知書」(解除範囲限定の場合)の記載上の留意点**

共済契約者は、共済契約を部分解除するときは、「退職手当共済契約部分解除通知書」(約款様式第13号の2)に当該被共済職員の従業状況報告及び当該解除の同意があったことを証する書類を添付のうえ、機構に提出してください。

**部分解除 (範囲限定の場合)**

退職手当共済契約部分解除通知書

(約款様式第13号の2)

令和〇年3月31日  
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様

特定介護保険施設等又は申出施設等のうち以下の施設等については被共済職員の同意を得たので、退職手当共済契約のうち当該同意を得た被共済職員に関する部分を解除します。

**② 解除における被共済職員数**

解除年月日における被共済職員数  
 (※退職する職員を含みます。)を  
 ご記入ください。

共済契約者番号	共	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会
1 3 〇 × △ 〇			105 - 8486
① 解除年月日			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。			花子 連絡先 電話 03-3438-00×△
解除年月日	令和〇年3月31日		
部分解除をする施設番号	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 1. 施設全体の被共済職員	3
④ 添付書類		③ 解除の理由	
解除同意書、従業状況報告書を添付してください。		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		

**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。

**2 本人の自署と押印**

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

**3 契約解除日を超えた日の同意は無効です。**

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

**従業状況報告書**  
(従業状況報告書は施設ごとに作成してください)

職員番号	共済契約者番号		施設番号		直前4月～解除月まで		育児休業をとった者																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	職員氏名				業務に従事した日数が10日以下の月(被共済職員期間としない月)		1新規 2変更 3再取得			出産日			開始年月日			終了年月日(予定日)			パパ・ママ育休プラス 半年延長の理由(※)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
																						月名	計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	100

**13 共済契約者が行う契約解除にあたっての留意点**

**1 契約解除できる範囲**

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

解除ができる範囲は、条件によって異なり、次のとおり整理できます。

施設区分 解除の範囲	社会福祉施設等	特定介護保険施設等 ※1 (特別養護老人ホーム等)		特定介護保険施設等 ※2 (障害者支援施設等)		申出施設等
		平成18年度制度改正前対象施設 ①	平成18年度制度改正後対象施設 ②	平成28年度制度改正前対象施設 ③	平成28年度制度改正後対象施設 ④	
全ての施設の被共済職員	○ ※この場合、部分解除でなく契約解除（約款様式第13号）となります。					
施設全体の被共済職員	×	○	○	○	○	○
平成18年4月1日以降に加入した被共済職員	×	○	×	×	×	×
平成28年4月1日以降に加入した被共済職員	×	×	×	○	×	×
共済契約者が任意に希望する日（※上記以外の日付）以降に加入した被共済職員	×					
	※上記「○」以外で解除の範囲を任意に決めることはできません。					

※1：特別養護老人ホーム等に該当する施設等の定義

特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム（介護保険の規定に基づく指定に係るもの）  
老人福祉センターの中の老人デイサービス事業、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人居宅介護等事業（ホームヘルプ）

※2：障害者支援施設等に該当する施設等の定義

障害児入所施設、障害児通所支援事業（児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援等）、障害者支援施設、居宅介護事業、行動援護事業、重度障害者等包括支援事業同行援護事業、同行援護事業、重度訪問介護事業、短期入所事業（ショートステイ）、療養介護事業、生活介護事業、自立訓練事業、就労移行支援事業、就労継続支援事業、共同生活援助事業（グループホーム）、移動支援事業、地域活動支援センター及び福祉ホーム

**注1 上記①の「特別養護老人ホーム等」**

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

**注2 上記②の「特別養護老人ホーム等」**

平成18年4月1日以降、「特定介護保険施設等」として申出し、契約対象となった特別養護老人ホーム等が該当します。

**注3 上記③の「障害者支援施設等」**

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

**注4 上記④の「障害者支援施設等」**

平成28年4月1日以降、「特定介護保険施設等」として申出し、契約対象となった障害者支援施設等が該当します。

**注5 上記以外の部分解除の対象範囲について**

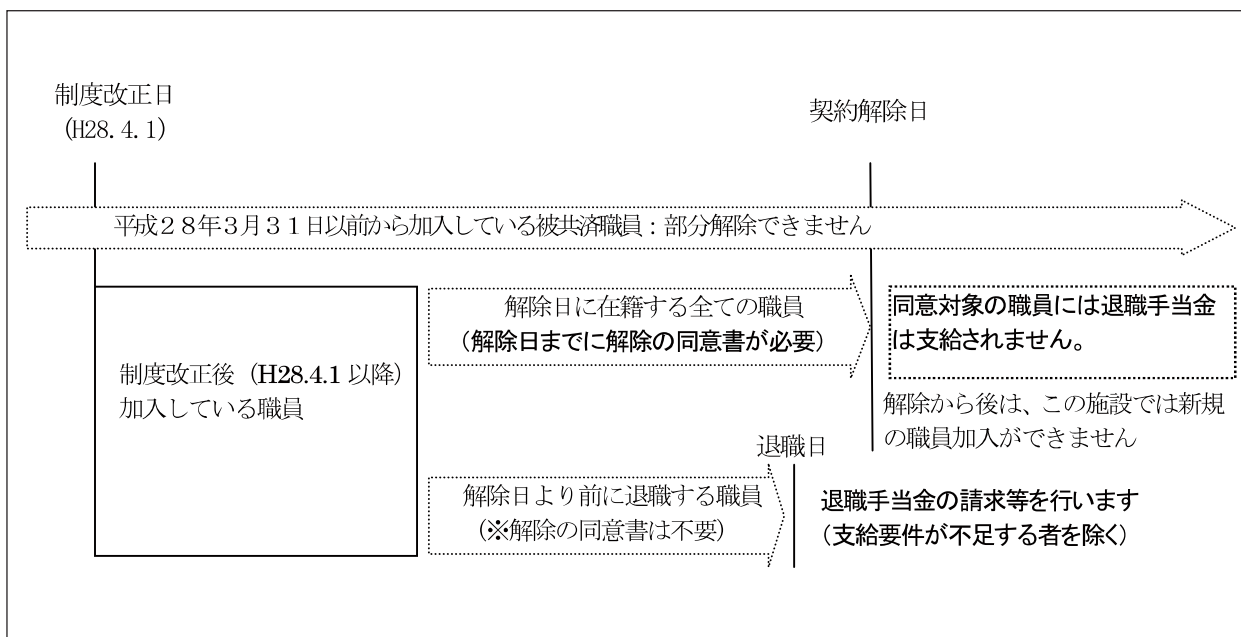
次の転換があった場合、転換日以降に加入した被共済職員の同意を得ることで、当該被共済職員のみを対象とした契約解除できます。

- ・ 養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険法の規定に基づく指定を受けているもの）への転換
- ・ 軽費老人ホーム（介護保険法の規定に基づく指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険法の規定に基づく指定を受けているもの）への転換

**【部分解除を行う場合の各種手続きの例示】**

障害者支援施設で、平成28年4月1日以降に加入した被共済職員を部分解除する場合

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



※解除同意は不要ですが、不正防止等の観点から退職等の事実確認(雇用保険等の資格喪失確認通知書、辞令等の写し)の提出をお願いしています。

**2 契約解除に伴うリスク**

(1) 退職手当金が支給されないこと

共済契約者が行う契約解除には、共済法で規定された職員の同意が必要です。なお、解除に同意した被共済職員（※解除日に退職する職員も同意が必要です）は、退職手当金は支給されません。

(2) 掛金は返戻されないこと

本制度は積立方式ではないため、解除に伴う掛金の返戻はありません。

(3) 職員間で処遇の不均衡が生じる恐れがあること

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

(4) 人事異動に支障が生じる場合があること

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