

**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

**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。

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	氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会
1 3 〇 × △ 〇			105 - 8486
			港区虎ノ門4-3-13
		花子	連絡先 電話 03-3438-00×△

**① 解除年月日**

解除年月日は、必ずご記入ください。解除の対象となる被共済職員は、解除年月日で被共済職員でなくなります。

令和〇年3月31日

解除年月日	施設名称	解除する部分	被共済職員数
令和〇年3月31日	002 障害就労センター	(該当番号に〇印をつけてください。) 1. 施設全体の被共済職員 2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1 3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2 4. 施設転換後の被共済職員	3

**④ 添付書類**

解除同意書、従業状況報告書を添付してください。

**③ 解除の理由**

解除の理由については具体的にご記入ください。

解除の理由 (具体的に記入してください)

平成28年制度改正後に当該施設で採用する職員は、法人独自の退職金制度で運営するため

**<添付書類>**

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

「1」に該当するのは、特定介護保険施設等及び申出施設等に限りです。

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

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

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

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

「4」に該当するのは、養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険法の規定に基づく指定を受けているもの)、又は軽費老人ホーム(介護保険法の規定に基づく指定を受けていないもの)から軽費老人ホーム(介護保険法の規定に基づく指定を受けているもの)へ施設を転換する場合について、転換日以降の加入者のみの解除が可能となります。

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

## 12 解除通知にかかる「解除同意書」、「従業員状況報告書」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。

令和7年1月以降は、原則システムでの届出となりますので、システムマニュアルを参照してください。  
以下の記載例とその説明については、参考として紙の様式を用いて解説をしているため、システムでの手  
続きと異なります。

従業員状況報告書  
(従業員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 ならない月)		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(※)		
1							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
2							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
3							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
4							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
5							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
6							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
7							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
8							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
9							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2	
10							1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無	
								元号	年	月	日	元号	年	月	日	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。

- 1 自署等の制約はありません。
- 2 必要事項を漏れなく記入してください。

## 13 共済契約者が行う契約解除にあたっての留意点

### 1 契約解除できる範囲

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

解除ができる範囲は、条件によって異なり、次のとおり整理できます。

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

※1：特別養護老人ホーム等に該当する施設等の定義

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

※2：障害者支援施設等に該当する施設等の定義

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

#### 注1 上記①の「特別養護老人ホーム等」

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

#### 注2 上記②の「特別養護老人ホーム等」

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

#### 注3 上記③の「障害者支援施設等」

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

#### 注4 上記④の「障害者支援施設等」

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

## 注5 上記以外の部分解除の対象範囲について

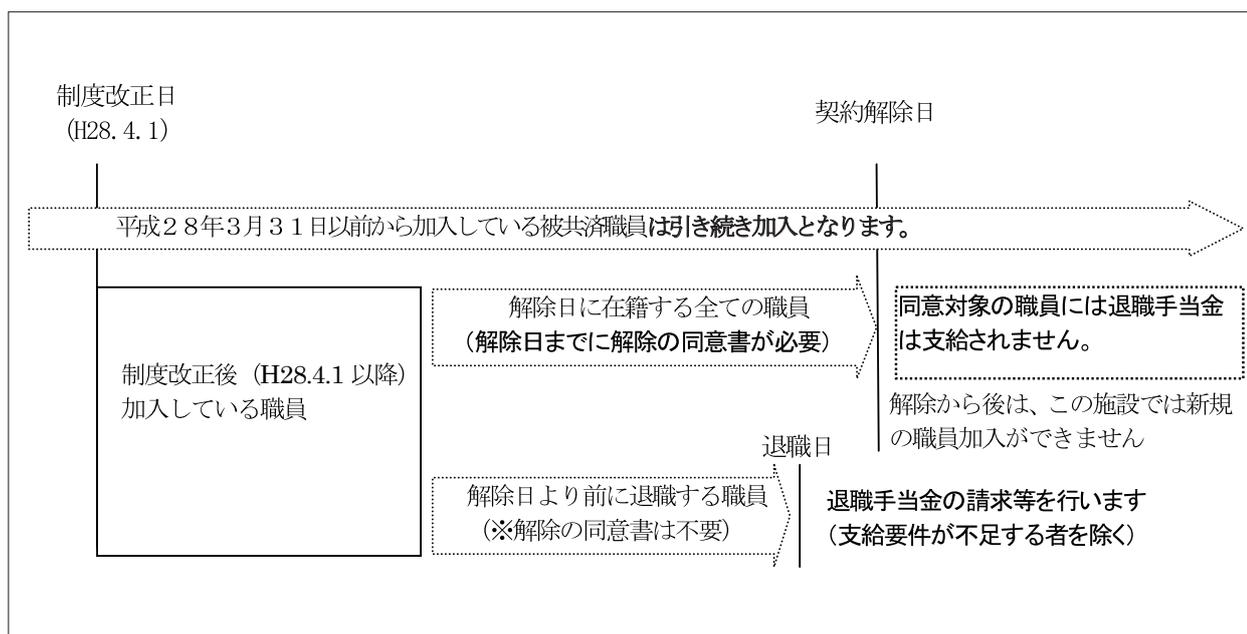
次の転換があった場合、転換日以降に加入した被共済職員の同意を得ることで、当該被共済職員のみを対象とした契約解除できます。

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

### 【部分解除を行う場合の各種手続きの例示】

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

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



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

## 2 契約解除に伴うリスク

### (1) 退職手当金が支給されないこと

共済契約者が行う契約解除には、共済法で規定された職員の同意が必要です。解除日に退職する職員も同意が必要です。

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

### (2) 掛金は返戻されないこと

本制度は積立方式ではないため、解除に伴う掛金の返戻はありません。

### (3) 職員間で処遇の不均衡が生じる恐れがあること

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

### (4) 人事異動に支障が生じる場合があること

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