（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。

共済契約者番号	施設番号	施設・事業廃止年月日
		年　月　日

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。

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	措置入所障害児職員数　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	

●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。

★◆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。

欄は記入又は抹消しないでください。

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 1男 2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。） 年月日 （事実が発生した年月日を記入してください。） ・配置換は異動先(元)の施設・事業名とその番号 ・契約対象外施設等異動はその施設又は事業名 ・継続異動は共済契約者名とその番号 ・合算申出増は前共済契約者名とその番号及び前職員番号 ・退職手当金の支給されない契約解除により被共済職員でなくなったことがある職員を加入させる場合は解除時の共済契約者名とその番号及び職員番号	４月１日の本俸月額 俸給表の額 〈別掲〉俸給の調整額	従業状況 年　月 3月までの在籍期間 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） 有効期間　月名　計　か月	育児休業をとった者 1新規2変更3再取得 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 産休延長の理由※
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3
				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 1 2 3

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

（印刷管理No.　　）

※半年延長の理由
育児休業期間等に入所を希望しているが、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　２１　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。入所できない場合「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。

※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

No

※　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。