○ 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

（約款様式第２号）

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」を確認のうえ、記入してください。
●記入すべき職員がいない施設・事業についても、職員名簿欄以外を記入のうえ、必ず掛金届を提出してください。
●生年月日は和暦、それ以外は西暦で記入してください。

▢欄は記入又は抹消しないでください。

★◆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。☆印は平成１８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。

職員番号	４月１日在籍者の氏名 ・４月１日に在籍していない職員は、抹消してください。 ・異動内容が「新規加入」及び「増」の職員は、追記してください。 ・氏名を変更している職員は、新氏名に修正し、変更年月日を記入してください。	生年月日 2大正 3昭和 4平成 5令和	性別 (1男) (2女)	加入資格 ※1	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。）	·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	４月１日の本俸月額 〈別掲〉俸給の調整額	年3月までの在籍期間 有効期間	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	※2 1新規 2変更 3再取得	育児休業をとった者 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 ※3	半年延長の理由 ※4
		年　月　日				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
						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
						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
						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
						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
						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
						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
						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
						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
						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

※2 「1新規」「2変更」「3再取得」のいずれかを〇で囲んでください。
※3 「パパ・ママ育休プラス」の有・無のいずれかを〇で囲んでください。
※4 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。該当する場合はいずれか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

※1　加入資格：加入対象となる職員について、該当するいずれかの記号を記入してください。
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。