

4

## 「被共済職員加入届」の記載上の留意点

新規の正規職員を採用した場合や嘱託、パート等が加入資格の要件を満たした場合、あるいは合算申出をする職員が新規に加入する場合には、「被共済職員加入届」を提出してください（施設、事業単位で記入してください）。

なお、新規で加入させない旨届出の手続きをしている施設等は除きます。

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。													
共済契約者番号 <small>4</small> <small>5</small>		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										機構受付日印 <small>◎この届出は独立行政法人福祉医療機構へ提出してください。</small>	
施設番号 <small>10</small> <small>11</small> <small>12</small>		職種又は事業 名 称 種類											
1		2		3		4		5					
氏名 生年月日 <small>33</small> <small>73</small> <small>74</small> <small>75</small> <small>76</small>		性別 男 女 <small>1</small> <small>2</small>		加入年月日 加入資格 <small>註1</small> <small>1</small> <small>2</small>		職種(注2) <small>註3</small> <small>1</small> <small>2</small>		本俸月額(註3) 名 称 番号 <small>註4</small> <small>31</small> <small>32</small> <small>33</small> <small>34</small> <small>35</small> <small>36</small> <small>37</small> <small>38</small> <small>39</small> <small>40</small> <small>41</small> <small>42</small> <small>43</small> <small>44</small> <small>45</small> <small>46</small> <small>47</small> <small>48</small> <small>49</small> <small>50</small> <small>51</small> <small>52</small> <small>53</small> <small>54</small> <small>55</small> <small>56</small> <small>57</small> <small>58</small> <small>59</small> <small>60</small> <small>61</small> <small>62</small> <small>63</small> <small>64</small> <small>65</small> <small>66</small> <small>67</small> <small>68</small> <small>69</small> <small>70</small> <small>71</small> <small>72</small> <small>73</small> <small>74</small> <small>75</small> <small>76</small> <small>77</small> <small>78</small> <small>79</small> <small>80</small> <small>81</small> <small>82</small> <small>83</small> <small>84</small> <small>85</small> <small>86</small> <small>87</small> <small>88</small> <small>89</small> <small>90</small> <small>91</small> <small>92</small> <small>93</small> <small>94</small> <small>95</small> <small>96</small> <small>97</small> <small>98</small> <small>99</small> <small>100</small> <small>101</small> <small>102</small> <small>103</small> <small>104</small> <small>105</small> <small>106</small> <small>107</small> <small>108</small> <small>109</small> <small>110</small> <small>111</small> <small>112</small> <small>113</small> <small>114</small> <small>115</small> <small>116</small> <small>117</small> <small>118</small> <small>119</small> <small>120</small> <small>121</small> <small>122</small> <small>123</small> <small>124</small> <small>125</small> <small>126</small> <small>127</small> <small>128</small> <small>129</small> <small>130</small> <small>131</small> <small>132</small> <small>133</small> <small>134</small> <small>135</small> <small>136</small>		である 無効及び 被共済職員ではなく なった理由 年月日 <small>註4</small> <small>305</small> <small>306</small> <small>307</small> <small>308</small> <small>309</small> <small>310</small> <small>311</small> <small>312</small> <small>313</small> <small>314</small> <small>315</small> <small>316</small> <small>317</small> <small>318</small> <small>319</small> <small>320</small> <small>321</small> <small>322</small> <small>323</small> <small>324</small> <small>325</small> <small>326</small> <small>327</small> <small>328</small> <small>329</small> <small>330</small> <small>331</small> <small>332</small> <small>333</small> <small>334</small> <small>335</small> <small>336</small>			
前共済契約者名 (合算申出あるいは解雇登録のある 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 前職員番号 <small>300 311 322 336</small>													
参考 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(60)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「施設上級区分等」に記載しております。 ※4月1日付けの加入場合は、この届書でなく賃金明細対象職員届で報告すること。												カードNo <small>1 2 6 4</small>	

### ① 氏名

新たに被共済職員となった方の氏名を記入してください。(もともと契約対象外施設等に従事していた職員が、契約対象施設等に配属されたことによる加入も含みます)

### ② 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

### ③ 職種番号

職種番号		例		名称		番号		例		名称		番号		例	
施設長	01	園長・所長・寮長・院長等		医師	05	医師等		調理員	09	調理員・調理師等		事務員	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等	
指導員	02	児童指導員・生活指導員(支援員・相談員)・精神障害者社会復帰指導員・ソーシャルワーカー等		看護師	06	看護師・准看護師・保健師等		事務員	11	介助員等		ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等	
		訓練指導員			07	作業指導員・職業指導員・作業療法士・理学療法士・マッサージ師・聴能訓練担当職員・言語機能訓練担当職員等		介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等			14	いずれの職種にも該当しないものの(例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士等)	
保育士	03	保育士(保母・保父)・児童生活支援員・児童自立支援専門員等		栄養士	08	栄養士等		その他							
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等													

#### ④ 本俸月額

- ・「俸給表の額」と「俸給の調整額」に分けて記入してください。
- ・「俸給表の額」欄には、俸給表に格付けされた俸給の額を記入してください。
- ・俸給の調整額とは、本制度において、退職手当金の計算の基礎額に算入する、特別な手当をいいます。俸給の調整額については、『I 退職手当共済制度の概要 3 被共済職員に関する事項 の『3 俸給の調整額について』』で説明しています。
- ・日給月給制の職員の本俸月額は、次の算出より得た額とします。

##### 【本俸月額算出例】

[勤務形態が正規職員と同じ職員（1日8時間週40時間）]

- ・日給（本俸に相当する額で交通費等を含まない額）が7,000円の職員の場合  
→7,000円（日給）×21日=147,000円
- ・時給が700円で1日8時間勤務の職員の場合  
→700円（時給）×8時間（1日の労働時間）×21日=117,600円

[勤務形態が個別の雇用契約による職員]

- ・日給（本俸に相当する額で交通費等を含まない額）が7,000円で週4日勤務の職員の場合  
→7,000円（日給）×4／5日（週5日にならした日給）×21日=117,600円
- ・時給が700円で1日7時間週4日勤務の職員の場合  
→700円（時給）×7時間（1日の労働時間）×4／5日（週5日にならした日給）×21日=82,320円
- ・なお、上記に当てはまらない場合は、機構にご相談ください。

#### ⑤ 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

加入する職員が、被共済職員であった場合、被共済職員期間を通算又は合算できることがありますので、その事実を当該職員に確認して記入してください。また、「解除」「合算申出」の事実がある場合、「前共済契約者名」「前共済契約者番号」及び「前職員番号」を記入してください。

なお、被共済職員でなくなった理由「退職・解除・合算申出」の内容については、次のとおりです。

「退職」→退職手当金の給付を受け、被共済職員でなくなった場合等

「解除」→経営者が共済契約を解除したことにより、被共済職員でなくなった場合等（この場合、被共済職員期間を合算できます。）

「合算申出」→被共済職員期間1年以上ある者が退職手当金を請求しないまま、退職日から3年以内（H 28.3.31以前退職日の場合は、2年以内）に再び被共済職員になる場合（この場合、被共済職員期間を合算できます。）

※「被共済職員加入届」をご提出いただく場合の送付先

〒105-8486

東京都港区虎ノ門4-3-13 ヒューリック神谷町ビル9階

独立行政法人福祉医療機構 共済部 退職共済課

※個人情報になりますので、共済契約者の個人情報保護規程に基づき、追跡可能な方法等でご提出ください。