

被共濟職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

次のとおり、被共済職員が退職したので届け出ます。

1. 被共済職員退職届の原本は、福祉医療機構にご提出ください。
写しをとって、共済契約者様の控えとしてお手元に残してください。
2. 内容確認のため、給与台帳等の提出を依頼することがあります。
3. 記載に当たっての留意事項や注意点は、福祉医療機構発行の「社会福祉施設等退職手当金共済制度マニュアル」をご参照ください。

作成日				年				月				日							
職員番号				退職者の氏名				退職理由(該当する番号を○で囲んでください)											
10 14				カタカナ 15 34				① 普通退職 …結婚・定年・転職・雇用期間満了などの自己都合による退職に該当するとき ② 普通退職 …平成13年3月31日以前の加入者が①以外による退職に該当するとき ③ 業務上の傷病又は業務上の死亡による退職 ④ 犯罪等による退職 ※②、③、④の場合は添付書類が必要です。											
				漢字 35 74															
変更前の氏名 (変更している場合のみ記入) カタカナ 75 94				漢字 (旧姓) 95 134															
退職者の生年月日				退職年月日				退職者の住所(連絡先) ※電話番号は携帯も可											
135 年 月 日 141 142				元号 年 月 日				郵便番号 847 — 853 電話番号 954 — 969											
2 大 正 3 昭 和 4 平 成 5 令 和								住所 854 953											
退職届のみを提出している場合、その理由 (該当するものにチェックしてください)																			
☐ 退職者の所在が不明 ☐ 退職者が請求を放棄している ☐ 退職者の被共済職員期間が1年未満の場合																			

退職月の直前の4月から退職月までの期間										退職した月以前6か月の本俸月額 (「退職日が月末でない月」及び「被共済職員期間とならない月」は除きます)													
業務に従事した日数が 10日以下の月があった場合 被共済職員とならない月です。 該当月をチェックしてください。										育児休業の申請があった場合													
										176 1 新規 2 変更 3 再取得													
										出産日			177 元号					年		月		183 日	
										育児休業開始日			184 元号					年		月		190 日	
										育児休業終了日			191 元号					年		月		197 日	
										パパ・ママ育休プラス 975 有 ・ 無													
										半年延長の理由(※) 975 1 2													
										24 1 新規 2 変更 3 再取得													
										出産日			825 元号					年		月		831 日	
										育児休業開始日			832 元号					年		月		838 日	
										育児休業終了日			839 元号					年		月		845 日	
										パパ・ママ育休プラス 976 有 ・ 無													
										半年延長の理由(※) 976 1 2													

(※)育児休業の半年延長の理由の記載

- 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。

注. 俸給の調整額について

俸給は、職務の負担や困難度など勤務条件を考慮して決められるべきものであり、保育士など職種別に俸給表を作成することが望ましいものです。

しかし、業務の特殊性が著しい場合や、管理運営上の支障になるため多種の俸給表作成ができないなど、俸給表の本俸額では職員の労働に見合わない場合があります。

このような場合には、国家公務員の給与制度では、本俸額に加算するための調整額表を設けて、俸給の調整を行っており、「俸給の調整額」と呼んでいます。

社会福祉施設職員等退職手当共済制度では、この趣旨を踏まえ、福祉医療機構が適当と認めた手当を、退職手当金の計算の基礎として、本俸と同等に扱うこととしています。

共済契約者番号						共済契約者	・氏名又は名称 ・住所		カード	
									7	9
事務担当者氏名							連絡先	電話(市外局)	(局)	(番)

福祉医療機構の処理欄（記載しないでください）

771 障害有無		773 受取済退職金額		780 781 国 税		787 788 徴 収 済 税 額 市町村民税		794 795 道府県民税		801 802 勤続年数		803 804 振込区分	
請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印	契約者訂正印	調整額名称有無	現認証明	添付書類	留保	確認				
807	809	810	811	814	818	813	812	817	820				