

共済契約者間継続職員異動届

機構受付日付印

- ・本届出は、業務上の都合ではなく、自己都合による転職の場合には使用できません。
- ・異動前後の共済契約者間での事前合意がない場合（両者の記入がない場合）は、無効となります。

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

被共済職員氏名		(フリガナ) 54 73		114 生 年 月 日 120	
		74 113		2 大正 年 月 日 3 昭和 4 平成 5 令和	
異動後の共済契約者	共済契約者番号	施設番号	採用年月日		
	4 9 10 12	14	元号	年	月 日 19
	氏名又は名称	職 種			
	主たる事業所の所在地	名 称		20 番 号 21	
	事務担当者氏名	異動後の本俸月額			
	勤務する施設又は事業所	電話		種類	
36 共済契約者番号 41		42 職員番号 46		異動前の本俸月額	
				122 俸給表の額 128 28 129 30 35 <別掲> 俸給の調整額	
氏名又は名称		郵便番号		千 円 千 円	
主たる事業所の所在地		退職月の出勤日数 (月の末日での退職ではない場合に記入してください)			
事務担当者氏名		電話		退 職 日	
勤務する施設又は事業所		47		元号 年 月 日 53	
退職月の直前の4月から退職までの期間において					
業務に従事した日数が10日以下の月 (被共済期間とならない月)			育児休業の申請があった者		
月 名	左月の計	1 新規	出産日	元号 年 月 日	パパ・ママ育休プラス 有・無
<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月	合計 月	2 変更	育児休業開始日	元号 年 月 日	半年延長の理由(※) 1・2
<input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月		3 再取得	育児休業終了日	元号 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月		1 新規	出産日	元号 年 月 日	半年延長の理由(※) 1・2
<input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 1月		2 変更	育児休業開始日	元号 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2月		3 再取得	育児休業終了日	元号 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月					
(※) 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。					カードNo. 1 2 5 8

◎この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。◎コピーを2部とり、1部を共済契約者控えとしてお手元に残り、1部を先に作成した共済契約者にお送りください。