

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<br>3 昭和<br>4 平成<br>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                                 |                      |
| 共済契約者番号  |             | 職員番号                               |              | 異動前の本俸月額                           |                      |
| 36 41 42 46  |             | 122 128 129 134                    |              | 俸給表の額 <別掲> 俸給の調整額                  |                      |
| 氏名又は名称   |             | 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  |             | 退 職 日                              |              |                                    |                      |
| 勤務する施設又は事業所  |             | 47 53                              |              | 元号 年 月 日                           |                      |
| 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                           | パパ・ママ育休プラス 有・無       |
| <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                           | 半年延長の理由(※) 1・2       |
| <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<br>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。<br>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<br>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<br>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.<br>1 2<br>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。