

7

「共済契約対象（外）施設等異動届」（復帰の場合）の記載上の留意点

「共済契約対象（外）施設等異動届」の提出を行い契約対象外施設に異動した職員について、5年以内に共済契約対象施設等に復帰した場合は、被共済職員期間が合算継続されます。

ただし、契約対象施設のうち、「平成18年4月1日以後加入させない届出（特別養護老人ホーム等新規加入職員の非加入）」、「平成28年4月1日以後加入させない届出（障害者支援施設等新規加入職員の非加入）」又は「退職手当共済契約部分解除通知書（制度改正後職員の部分解除）」を提出している特定介護保険施設等へは復帰できません。復帰できる施設がない場合、契約対象外施設へ異動した時点で退職となります。

4月1日付復帰の職員については、この届出は不要です。
「掛金納付対象職員届」で報告してください。

契約対象施設へ復帰する場合

共済契約対象（外）施設等異動届 (約款様式第9号)

年 月 日
社医療機構理事長 様

契約対象施設へ復帰する場合は「2」に○を付けてください。

被共済職員が次のとおり

届出区分	1	共済契約対象外施設等へ異動しました
	2	共済契約対象施設等へ復帰しました

該当する届出区分に○をつけてください。

※本書は、退職手当金を請求せずに異動後5年以内の復帰に対応する合算制度を利用する場合に限り、必要となります。

1	共済契約者番号	9	氏名又は名称	郵便番号	—
			主たる事務所の所在地		
			事務担当者氏名	連絡先	電話
10	職員番号	14	カナ	15	34
			漢字	35	74
			生	75	年
			2	大正	月
			3	昭和	日
			4	平成	
			5	令和	

施設番号 勤務していた施設又は事業

1 施設番号 84 異動又は復帰した施設又は事業（※異動の場合は「定款」を添付すること） 278 281

1. 共済契約対象外施設等異動の場合（届出区分「1」に○をつけた場合に記載する欄となります。）

異動月の直前の4月から異動月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 共済契約対象施設等最終在籍年月日

（被共済職員期間とならない月）

207	月名	218	計	254	異動した月以前6か月の本俸月額
			か月		（ただし、①退職日が月末でない月及び、②被共済職員期間とならない月は除きます）
	異動月の出勤日数		日	年	月
				（元号）	（年）
				（月）	俸給表の額
					<別掲>俸給の調整額
					手当名（円）

育児休業の申請があったもの

255	出産日	234	239	94	97	98	104	106	111
	育児休業開始日	241	246	113	116	117	123	125	130
2	育児休業終了日	248	253	132	135	136	142	144	149
3	再取得	半年延長の理由（※）	1・2	151	154	155	161	163	168
257	出産日	259	262	170	173	174	180	182	187
	育児休業開始日	264	269	189	192	193	199	201	206
2	育児休業終了日	271	276						
3	再取得	半年延長の理由（※）	1・2						

＜添付書類＞

2 契約対象施設等復帰の場合（届出区分「2」に○をつけた場合に記載する欄となります。）

3 復帰時の本俸月額

共済契約対象外施設等異動年月日	年	月	日	名称	番号	俸給表の額（円）	<別掲>俸給の調整額（円）
共済契約対象施設等復帰年月日	年	月	日	92	93	94	100
							101
							106

※）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等であって、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・ママ育児プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

1 カードNO 2

① 異動又は復帰した施設又は事業

復帰した施設の「施設番号」及び「施設・事業名」を記入してください。

② 異動・復帰年月日

＜共済契約対象外施設等異動年月日＞

共済契約対象外施設等へ異動した日を記入してください。

＜共済契約対象施設等復帰年月日＞

共済契約対象外施設等から復帰した日（配置換命令書の発令年月日）を記入してください。

③ 職種番号

「職種」欄には、下記の職種番号の区分により「名称」及び「番号」を記入してください。その他の職員（職種番号14）については、具体的な職名を記入してください。

職種番号									
名称	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	
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	10	事務員・事務長・副施設長・副園長等	
			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・言語機能訓練担当員等	介助員	11	介助員等	
保育士	03	保育士（保育・保父）・児童生活支援員・児童自立支援専門員等				ホームヘルパー	12	ホームヘルパー・世話人等	
介護職員	04	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー等	栄養士	08	栄養士等	介護支援専門員	13	介護支援専門員・ケアマネージャー等	
						その他	14	いずれの職種にも該当しないもの（例えば、運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士等）	

④ 復帰時の本俸月額

- ・ 復帰した共済契約対象施設等における「本俸月額」を記載します。
- ・ 月の途中で復帰した場合は、復帰月の翌月の本俸月額を記入してください。

注1 特定介護保険施設等に復帰した場合、公的助成の対象外となることから、単位掛金額の3倍の掛金が必要になります。（社会福祉施設等に復帰した場合、単位掛金額の3倍とはなりません。）

注2 「施設等新設届・申出書」で「契約対象施設等復帰」として報告された共済契約対象外施設等へ異動している職員については、提出の必要はありません。