

6

「共済契約対象(外)施設等異動届」(異動の場合)の記載上の留意点

1 この届出は、共済契約対象外の施設又は事業に異動した場合、退職手当金を請求しないで、被共済職員期間の「共済契約対象外施設等へ異動した場合の合算制度」を利用する場合にのみ、必要となります。

※共済契約対象外の施設又は事業への異動は、本制度では「退職」として扱います。

2 「共済契約対象外施設等へ異動した場合の合算制度」が利用できるのは、次の条件を満たす場合です。

- ① 被共済職員として継続して1年以上（被共済職員期間となる月の合計は、12か月未満でも構いません。）勤務していること。（合算で採用した職員については1年未満でも構いません。）
- ② 契約対象外施設に配置換えとなった際に、「共済契約対象(外)施設等異動届」(約款様式第9号)を機構あてに提出し、退職手当金は請求していないこと。
- ③ 配置換えの日から起算して5年以内に、同じ経営者の共済契約対象の施設に配置換えとなり、加入要件を満たしたうえで再び加入手続き（「共済契約対象(外)施設等異動届」(約款様式第9号)を機構あてに提出）をしていること。

3 契約対象外施設に配置換えとなったまま5年を超えると、時効により退職手当金の請求権が消滅します。5年以内の再加入が不可能と分かった時点で、退職手当金を請求してください。

4 退職手当金を請求する場合には、被共済職員退職届と退職手当金請求書の提出が必要となります。詳しくは、被共済職員退職届等の説明でご確認ください。

【人事異動にあたっての注意】

・平成18年度及び平成28年度の制度改正後に採用した職員は、「制度改正後に加入させない手続き」を行った施設に再び異動しても、本制度に加入できません。

① 異動又は復帰した施設又は事業

異動した施設の名称及び「種類」を記入してください。

② 従業状況

「業務に従事した日数が10日以下の月」(被共済職員期間とならない月)

前年4月から本年3月までの間の各月において業務に従事した日数が10日以下の月がある場合に、当該月名と月の計を記入します。例えば「12月 | 01」と記入します。業務に従事した日数が10日以下の月がない場合は、計の欄に「00」を記入してください。

なお、業務上の傷病による休業期間、介護休業期間、出産予定日前6週間（多胎妊娠の場合は14週間）と出産後8週間の休業期間及び育児休業期間は業務に従事した日数に含めます。

「異動月の出勤日数」

共済契約対象施設等最終在籍月の月初から最終在籍日までの間に、業務に実際に従事した日数及び従事したとみなす日数の合計を記入します。

「育児休業をとった者」

前年の4月1日から本年の3月31日（前年度）に育児休業をとった者及び育児休業の終了日を変更する者に該当する場合に記入します。

- ・新たに届出をする者は「1. 新規」
- ・すでに届出ているが、終了日を変更する者は「2. 変更」
- ・同一の子の育児休業を再度取得する者は「3. 再取得」に○をつけてください。

※1 女性職員が休業した場合、「開始年月日」欄には出産日の翌日より起算して57日目（産後休業8週間が終了した翌日）以降の実際の育児休業開始年月日を記入します。（男性職員が休業した場合は子の出産日もしくは出産予定日のいずれか早い日以降の実際の育児休業年月日を記入します。）

※2 「終了年月日」欄には子の満1歳の誕生日の前日までにおいて実際に育児休業が終了した年月日を記入します。なお、子が1歳を超えても休業が必要と認められる一定の場合（保育所に入所を希望し

ているが、入所できない場合他) にあつては、子が1歳6か月に達するまでの間、育児休業を取得することができますので、「半年延長の理由」欄の該当する番号を選択してください。

※3 パパ・ママ育休プラスを利用している場合は、「有」に○印を付けてください。

③ 異動した月以前6か月の本俸月額

加入対象施設等で最終の在籍月以前6か月の本俸月額を記入します。

- ・業務に従事した日数が10日以下の月は「被共済職員期間とならない月」となりますので、「6か月の本俸」の欄からはその月は除いてください。

月の途中で異動(退職)した場合は、退職月の前月の本俸月額を記入してください。

- ・「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 ②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8,000円の職員の場合
→ $8,000\text{円(日給)} \times 21\text{日} = 168,000\text{円}$
- ・時給が1,000円で1日8時間勤務の職員の場合
→ $1,000\text{円(時給)} \times 8\text{時間(1日の労働時間)} \times 21\text{日} = 168,000\text{円}$

[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8,000円で週4日勤務の職員の場合
→ $8,000\text{円(日給)} \times 4/5\text{日(週5日にならした日給)} \times 21\text{日} = 134,400\text{円}$
- ・時給が1,000円で1日7時間週4日勤務の職員の場合
→ $1,000\text{円(時給)} \times 7\text{時間(1日の労働時間)} \times 4/5\text{日(週5日にならした日給)} \times 21\text{日} = 117,600\text{円}$
- ・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。

④ 添付書類

異動先の施設等が同一の共済契約者の経営する共済契約対象外施設等であることが確認できる書類を添付してください。

令和7年1月以降は、原則システムでの届出となりますので、システムマニュアルを参照してください。
以下の記載例とその説明については、参考として紙の様式を用いて解説をしているため、システムでの手
続きと異なります。

手続き編

契約対象外施設へ異動の場合

契約対象外施設に異動する場合は
「1」に○を付けてください。

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

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年間以内の復
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。

機構受付日付印

◎ 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。
◎ 第1部を共済契約者控えとしてお手元に残し、第2部を被共済職員控えとしてお送りください。

1	共済契約者番号	9	共済契約者	氏名又は名称										
				主たる事務所の所在地	郵便番号									
				事務担当者氏名	連絡先 電話									
10	職員番号	14	被共済職員氏名	カナ	15	24	75	生	年	月	日	81		
				漢字	35	74	2	大正				日		
							3	昭和						
							4	平成						
1	施設番号	勤務していた施設又は事業												
		名称	種類											
82	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）											
		名称	種類											

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（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（※異動した月及びその前月の初日を1月と見做す）の被共済月額								
			か月		（ただし、①退職日が月末でない月及び②異動した月が異動した月の初日である場合は、その月の被共済月額は0と見做す。）								
異動月の出勤日数				日	年	月	俸給						
					(元号)	(年)	(月)						
育児休業の申請があったもの													
255	出産日	元号	234	日	239	日	97	88					
1 新規	育児休業開始日	元号	241	年	月	日	240	日	116	117	123	125	
2 変更	育児休業終了日	元号	248	年	月	日	253	日	132	133	142	144	
3 再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無		有・無		135	136	154		155	161	163	
	半年延長の理由（※）	1・2		1・2				173		174	180	182	
257	出産日	元号	259	日	262	日	151		192		193	199	201
1 新規	育児休業開始日	元号	264	年	月	日	269	日	192		193	199	201
2 変更	育児休業終了日	元号	271	年	月	日	276	日	192		193	199	201
3 再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無		有・無				192		193	199	201	
	半年延長の理由（※）	1・2		1・2				192		193	199	201	

異動先の施設等が同一の共済契約者の経営であることが確認できる書類（「定款」（写）等）を添付してください。

2. 共済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。）
→4/1付の復帰の場合は、この届出ではなく掛金納付対象職員届で報告してください。

共済契約対象外施設等 異動年月日	元号	年	月	日	職種	名称	番号	92	93	94	100	101	106
共済契約対象施設等 復帰年月日	86	年	月	日	91								

※）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。

1 カードNO 2