

# 共済契約対象（外）施設等異動届

(約款様式第9号)

年 月 日  
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

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。**

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 34	75 生 年 月 日		81										
			漢字	35 74	2 大正	年	月	日	81								
				3 昭和													
				4 平成													
				5 令和													
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)										278	281				
		名称		種類													

## 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 (被共済職員期間とならない月)		共済契約対象施設等最終在籍年月日		元号 87 年 88 月 89 日 90 91 92														
207 月名 218		計 254		異動した月以前6か月の本俸月額 (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)																
		か月		年 月		俸給表の額		<別掲>俸給の調整額 手当名 ( ) (円)												
異動月の出勤日数		日		(元号) (年) (月)																
育児休業の申請があったもの																				
255 1 新規	出産日	元号	234	年	月	日	239	94	97	98	104	106	111							
	育児休業開始日	元号	241	年	月	日	246	113	116	117	123	125	130							
	育児休業終了日	元号	248	年	月	日	253													
3 再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無		132		135 136		142 144		149										
	半年延長の理由 (※)	1・2																		
257 1 新規	出産日	元号	259	年	月	日	262	151	154	155	161	163	168							
	育児休業開始日	元号	264	年	月	日	269	170	173	174	180	182	187							
	育児休業終了日	元号	271	年	月	日	276													
3 再取得	パパ・ママ育休プラス	有・無		189		192 193		199 201		206										
	半年延長の理由 (※)	1・2																		

### <添付書類>

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		復帰時の本俸月額											
					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	86	年	月	日	91	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
---	-------	---

◎ 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。◎ 写し1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。◎ 届出区分1の場合は、下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。