

施設等新設届・申出書

(約款様式第1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

この届出の一部を、独立行政法人福祉医療機構として提出してください。
この届出の一部を、独立行政法人福祉医療機構として提出してください。

次のとおり施設・事業について

施設区分	1	社会福祉施設等として新設しました。
	2	特定介護保険施設等として申し出ます。
	3	申出施設等として申し出ます。

↑ 該当する届出区分に○をしてください。

4	共済契約者番号	9	共済契約者	氏名又は名称	(印)	
共済契約者番号がわからない際は掛金納付対象職員届で確認してください。				主たる事務所の所在地	郵便番号	-
				事務担当者氏名	連絡先 (電話番号)	

343	新設・申出年月日	348	・社会福祉施設等の場合は、新設年月日又は、経営移管年月日とします。 ・特定介護保険施設等又は申出施設等の場合は、施設・事業の許可、届出年月日以降の日を申出日とします。									
元号			10	施設番号	12	70	名称	139	種類	13	種類コード	16

上記「種類」が、軽費老人ホームの場合のみ、以下の内容を確認の上、**□内にチェックを記入してください。**
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けていません。(施設区分「1. 社会福祉施設等」となります。)
 当該軽費老人ホームは介護保険の指定を受けています。(施設区分「2. 特定介護保険施設等」となります。)

所在地										県外コード	
郵便番号 140 - 146											

入所定員 (利用定員)	職員配置 基準数	職員 総数	被共済 職員数	被共済職員の内訳					加入できない職員			
				新規採用	配置換職員	契約対象外施設から復帰	継続異動	合算申出	雇用期間 1年未満	労働時間 2/3未満		
327	331	332	336	337	341							
	人		人		人		人		人		人	人

※申込施設が「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」に該当する場合は右記にもご記入ください	給与支払遅延の有無	当該施設等が共済契約を締結していたことの有無		※申込施設が下記①に該当する場合、右記にもご記入ください	特定職員数 349 353 人	※申込施設が下記②に該当する場合、右記にもご記入ください	措置入所障害児関係業務従事職員数
		有・無	有・無				

【記入上の留意点】

*① 今次申込施設が左欄の事業であって、左欄の事業と右欄(特定社会福祉事業)を併設し、右欄の事業割合が1/3以上2/3未満であるとき、特定職員数を算出し、ご記入ください。(算出方法については別添をご参照ください)

左欄	(児童関係) 障害児通所支援事業 (高齢者関係) 老人居宅介護等事業、小規模多機能型居宅介護事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 (障害者関係) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、移動支援事業、短期入所、重度障害者等包括支援	右欄	児童自立生活援助事業 小規模住居児童養育事業 小規模保育事業 認定生活困窮者就労訓練事業
----	--	----	---

*② 障害児入所施設であって、かつ児童福祉法第27条第1項の規定により同項第3号の措置がとられている児童に係る業務に従事することを要する者にかかる部分(措置入所障害児関係業務従事職員数)は公費助成の対象となります。「措置入所障害児関係業務従事職員数」を記入してください。(※「措置入所障害児関係業務従事職員数」の求め方については留意事項を参照してください。)

【添付書類】

- 職員名簿(別紙)
- 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - 「許可書」(写)又は「指定通知書」(写)
 - 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
 - その他、業務委託契約書等
 - 上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書
 - 法令により許可・届出の必要がない場合は、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
 - 「法人の定款」(写)
 - 「定款変更申請書」(写)及びその他の書類

【確認事項】

ア. 施設・事業の名称
 イ. 所在地
 ウ. 施設・事業の種類
 エ. 入所(利用)定員
 オ. 開始年月日
 カ. 許可、届出年月日
 ※申出施設については、「ウ」「エ」「カ」は不要です

カードNO.	
1	3

(別紙) 施設等新設届・申出書職員名簿

記載上の留意点等を必ずお読みのうえ、「新設・申出年月日」時点[▲]で在籍し、加入要件を満たしている職員を記入してください。

◎従業員は、新設・申出年月日が4月1日の場合のみ記載してください。

職員番号	共済契約者番号	該当区分に○をつけてください。			施設・事業の名称	配置換 継続異動 の職員の従業員状況																				
		施設区分	1 社会福祉施設等			職種	異動の内容	前共済契約者名 (継続異動・合算申出又は解除経験のある職員の加入の場合に記入してください。)	新設・申出時本俸 俸給表の額	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)		業務上の傷病による休業期間	育児休業をとった者			開始年月日	終了年月日(予定日)	半年延長の理由(※)								
			2 特定介護保険施設等	3 申出施設等						名称	番号		理由	前共済契約者番号	前職員番号				月名	計	1 新規	2 変更	3 再取得	出産日		
13	17	38	77	2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	79	84	85	1 男 2 女	加入資格	1 男 2 女	1 加入 (合算申出含む) 2 配置換 3 契約対象等復帰 4 継続異動	施設等名称 職員番号	有 無	退職・解除 合算申出 (年月日)	138 143 144 148 180	95	千 円	103 114	計	115	116	元号 118 年 月 日	123	元号 125 年 月 日	130	有・無
																					1 2 3	元号 132		137	1・2	
																					149	元号 151 年 月 日	156	元号 158 年 月 日	163	有・無
																					1 2 3	元号 165		170	1・2	
2																					1 2 3	元号				有・無
																					1 2 3	元号				1・2
																					1 2 3	元号				有・無
																					1 2 3	元号				1・2
3																					1 2 3	元号				有・無
																					1 2 3	元号				1・2
																					1 2 3	元号				有・無
																					1 2 3	元号				1・2
4																					1 2 3	元号				有・無
																					1 2 3	元号				1・2
																					1 2 3	元号				有・無
																					1 2 3	元号				1・2

注) は記入しないでください。

注) 1.異動理由「2. 配置換」は、同じ法人内の共済契約対象施設等から今次新設・申出施設等に配置換えで異動してきた場合をいいます。
2.異動理由「4. 継続異動」は、他の共済契約者から1日の空白もなく今次新設・申出施設等に異動してきた場合をいいます。別途「共済契約者間継続職員異動届」(約款様式第8号)の提出が必要です。

1 カードNo. 3

(※) 半年延長の理由

育児休業期間の半年延長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…保育所に入所を希望しているが、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ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

措置入所障害児関係業務従事職員数・特定職員数の見込数変更届

(約款様式第2号の2)

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

該当する番号に○をつけてください。

1. 措置入所障害児関係業務従事職員数
2. 特定職員数

の見込数について、変更がありましたので、届け出ます。

◎ ◎
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1部を共済契約者控としてお手元に残してください。

共済契約者番号		共 済 契 約 者	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 — —		
施設番号	施設・事業の名称					
変 更 前		措置入所障害児関係業務従事職員数 (見込数)			特 定 職 員 数 (見込数)		
		人			人		
変 更 後		措置入所障害児関係業務従事職員数			特 定 職 員 数		
		人			人		
備 考							

<記載上の留意点等>

- 1 この届は、措置入所障害児関係業務従事職員数又は特定職員数の見込数が、確定した措置入所障害児関係業務従事職員数又は特定職員数と異なっていた場合のみ提出してください。
- 2 この届は、当該年度5月末日までに必ず提出してください。
- 3 は記入しないでください。

掛金納付期限延長申請書

(約款様式第3号)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり掛金の納付期限を延長したいので、承認して下さるよう申請します。

機構受付日付印

◎ コピー1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎ 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。
◎ 下部記載の〈添付書類〉を必ず添付してください。

共済契約者番号	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	— —
延長の対象となる掛金		(元号)	年度分	円	
希望する延長期限		年 月 日	延長前の 納付期限	年 月 日	
延長申請の理由 (具体的に記入してください)					
備 考	変更後の 共済契約者(経営者)名 ()		共 済 契 約 者 番 号 ()		

<添付資料>

延長申請の理由証明書〔(例)風水害等(市町村長)、火災・地震等(消防署長又は市町村長)、感染症等(保健所長)]を添付してください。

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の経営者でなくなった者の届

(約款様式第4号)

年 月 日
 独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

機構受付日付印

◎ コピー1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 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。
 ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

共済契約者番号	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	— —		
経営者でなくなった年月日	元号	年	月	日			
経営者でなくなった理由 (該当する記号に○)	ア 組織変更 オ 公営移管 イ 法人解散 カ 死 亡 ウ 廃 止 キ 交 替 エ 休 止 ク その他 ()						
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数	名	称					
						被共済職員数	
						人	
						人	
備 考	変更後の						
	共済契約者(経営者)名 () 共 済 契 約 者 番 号 ()						

<添付書類>

右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類
 (1) 「廃止・休止届受理通知書」(写)
 (2) 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
 (3) その他、業務委託契約書等(写)

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式2)

※法令等により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類

- (1) 法人の定款(写)
- (2) 定款変更申込書(写)及びその他の書類

確認事項

ア. 施設・事業の名称 イ. 所在地
 ウ. 施設・事業の種類 エ. 廃止・休止年月日
 ※申出施設等については、「ウ」は不要

<記載上の留意点等>

- 1 経営者でなくなったことによって退職した者がいるときは、遅滞なく、「被共済職員退職届(約款様式第7号)」並びに「退職手当金請求書(約款様式第7号の2)」又は「合算制度利用申出書(約款様式第7号の3)」を提出してください。
- 2 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む。)が当該共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。

中小企業退職金共済契約締結届

(約款様式第5号)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員について中小企業退職金共済契約を締結したので届け出ます。

機構受付日付印

◎ コピー1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
 ◎ 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。
 ◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

共済契約者番号	共 済 契 約 者	氏名又は名称	⑩		
		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	— —

中小企業退職共済契約	
契約締結年月日	年 月 日
中小企業退職共済契約者番号	
締結の理由 (具体的に記入してください)	
備 考	

<添付資料>

被共済職員であった者の従業状況報告書を別途作成し、添付してください。

<添付資料>

同じ職員が本制度と、中小企業退職共済制度に重複して加入することはできません。

また、中小企業退職共済制度へ加入したことに解除になった場合は、退職手当金は支給されません。

被共済職員加入届

(約款様式第6号)

◎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1部を共済契約者控としてお手元に残してください。

年 月 日
独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり新たに被共済職員となった者があるので届け出ます。

機 構 受 付 日 印

共済契約者番号 4 9	共済契約者	氏名又は名称及び代表者職氏名				
		(印)				
		主たる事務所の所在地及び電話番号				
		郵便番号 -				
施設番号	施設又は事業	事務担当者氏名	事務担当者連絡先	電話	-	-
		名	称	種	類	

氏名	生年月日 2大正 3昭和 4平成 5令和	性別 1男 2女	加入年月日	加入資格 (注1) アイウ	加入時				被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日 (注4)	前共済契約者名 (合算申出あるいは解除経験のある職員の場合に記入してください。)		
					職 種 (注2)		本俸月額 (注3)			前共済契約者 番号	前職員番号	
					名 称	番 号	俸給表の額					<別掲> 俸給の調整額
				91 97		99 104		305		306	311 312 316	
	2 年 月 日	1	元号 年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年 月 日		
	2 年 月 日	1	元号 年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年 月 日		
	2 年 月 日	1	元号 年 月 日	アイウ			千 円	千 円	有・無	退職・解除 合算申出 年 月 日		

※注1 加入資格ア～ウについて

ア. 雇用期間に定めのない職員（いわゆる正規職員）は、採用日から加入。

イ. 1年以上の雇用期間を定めて使用される職員（※）で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は採用日から加入。※雇用期間に定めのない職員のうち、正規職員以外の者を含みます。

ウ. 1年未満の雇用期間を定めて使用され、その期間の更新により引き続き1年を経過した職員で、労働時間が就業規則で定める正規職員の所定労働時間の3分の2以上の者は、採用から1年を経過した日から加入。

※注2～4は、被共済職員加入届の「記載上の留意点等」に記載してあります。

※4月1日付の加入の場合は、この届書ではなく掛金納付対象職員届で報告すること。

カードNo	
1	2
6	4

被共済職員退職届

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

次のとおり、被共済職員が退職したので届出ます。

業務委託先受付日付印	機構受付日付印
756	761 977 983

- 被共済職員退職届の原本は、業務委託先（都道府県の社会福祉協議会、共済会等）にご提出ください。写しをとって、共済契約者様の控えとしてお手元に残してください。
- 内容確認のため、給与台帳等の提出を依頼することがあります。
- 記載に当たっての留意事項や注意点は、福祉医療機構発行の「社会福祉施設等退職手当金共済制度マニュアル」をご参照ください。

作成日		(元号) 年 月 日	
職員番号		退職者の氏名	
10	14	15	34
漢字		74	
変更前の氏名 (変更している場合のみ記入)		94	
漢字(旧姓)		134	
退職者の生年月日		退職年月日	
135	141	143	148
2 大 正	年	元号	年
3 昭 和	月		月
4 平 成	日		日
5 令 和			
退職者の住所(連絡先)		※電話番号は携帯も可	
郵便番号	847	853	954
住所	854		953

退職届のみを提出している場合、その理由 (該当するものにチェックしてください)

退職者の所在が不明 退職者が請求を放棄している 退職者の被共済職員期間が1年未満の場合

退職月の直前の4月から退職月までの期間		退職した月以前6か月の本俸月額	
業務に従事した日数が10日以下の月があった場合		育児休業の申請があった場合	
被共済職員とならない月です。該当月をチェックしてください。		育児休業の申請があった場合	
150 161		176 183	
□ 4月 □ 10月		1 新規 2 変更 3 再取得	
□ 5月 □ 11月		出生日 元号 178 年 月 日	
□ 6月 □ 12月		育児休業開始日 元号 185 年 月 日	
□ 7月 □ 1月		育児休業終了日 元号 192 年 月 日	
□ 8月 □ 2月		パパ・ママ育休プラス 元号 975 有・無	
□ 9月 □ 3月		半年延長の理由(※) 975 1 2	
開始(元号) 年 月 日		824 1 新規 2 変更 3 再取得	
終了(元号) 年 月 日		出生日 元号 826 年 月 日	
		育児休業開始日 元号 833 年 月 日	
		育児休業終了日 元号 840 年 月 日	
		パパ・ママ育休プラス 元号 976 有・無	
		半年延長の理由(※) 976 1 2	
		年 月 俸給表の額	
		(「退職日が月末でない月」及び「被共済職員期間とならない月」は除きます)	
		俸給の調整額	
		手当名(手当) 手当名(手当)	
		元号 199 202 203 209 211 216	
		元号 218 221 222 228 230 235	
		元号 237 240 241 247 249 254	
		元号 256 259 260 266 268 273	
		元号 275 278 279 285 287 292	
		元号 294 297 298 304 306 311	

(※)育児休業の半年延長の理由の記載

- 保育所に入所を希望しているが入所できない場合
- 子の養育を行っている配偶者であって、1歳又は1歳6か月以降、子を養育する予定であったものが死亡、負傷、疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

注. 俸給の調整額について

俸給は、職務の負担や困難度など勤務条件を考慮して決められるべきものであり、保育士など職種別に俸給表を作成することが望ましいものです。

しかし、業務の特殊性が著しい場合や、管理運営上の支障になるため多種の俸給表作成ができないなど、俸給表の本俸額では職員の労働に合わない場合があります。

このような場合には、国家公務員の給与制度では、本俸額に加算するための調整額表を設けて、俸給の調整を行っており、「俸給の調整額」と呼んでいます。

社会福祉施設職員等退職手当共済制度では、この趣旨を踏まえ、福祉医療機構が適当と認めた手当を、退職手当金の計算の基礎として、本俸と同等に扱うこととしています。

共済契約者番号	共済契約者	氏名又は名称	住所	印	カード
					7 9
事務担当者氏名	連絡先	電話(市外局)	(局)	(番)	

福祉医療機構の処理欄 (記載しないでください)

771 障害有無	773 受取済退職金額	780 国 税	781 市町村民税	787 788 道府県民税	794 795 勤続年数	801 802 振込区分	803 804		
請求者印	請求者訂正印	申告書印	契約者印	契約者訂正印	調整額名称有無	現認証明	添付書類	留保	確認
807	809	810	811	814	818	813	812	817	820

退職手当金請求書(1枚目)

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

【注意】 ※ 本請求書と一緒に合算制度利用申出書は提出しないでください。

- 退職した理由が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であった場合は、退職手当金を支給しないことがあります。
- 太ワクの中は必ず記載してください。
- 本紙には、必須の添付書類があります。貼付用紙(台紙)が定められており、2枚目～4枚目にあります。請求書全体は複数枚になりますので、ホッチキス(3点留め)で綴ってください。
- 記載漏れや誤り、添付書類が不足している場合、退職手当金が支給できませんので、ご注意ください。
- 振込先金融機関欄のすべてが未記入の場合は、本請求書は無効とします。 (作成日 年 月 日)

977 983

退職年月日	元号	年	月	日	退職理由	簡潔に記載してください(例:自己都合(結婚、転職など)による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇 など)
退職した勤務先	法人名か施設名のいずれかを記入してください					
請求者	312 請求者区分(続柄)	フリガナ	313 333	332 372	373 生年月日	379 連絡先電話番号(携帯も可)
1	退職者本人	氏名		(印)	2 大正 年 月 日	市外局 局 番号
2	相続人()				3 昭和	
3	遺族()				4 平成	
	郵便番号	住所	403		5 令和	
	〒 396 398 399 402					502
振込先金融機関	金融機関コード	店番号	振込先金融機関名を記入のうえ、○で囲んでください。		539 540	569
570	573 574 576	510	銀行・信用組合			本店・支所
	口座番号	預金種目	口座名義			支店・出張所
	(右詰めで記入してください)		(左詰めでカタカナで記入してください)			
	577 583	普通	585			605

注: 請求者欄の、2の相続人は「職員が退職後、退職手当金を受取る前に死亡した場合」です。3の遺族は「職員が死亡により退職した場合」です。

<個人情報の取扱いに関する注意事項> 請求者又は退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

年 月 日	芝 税務署長 市町村長 殿	年分 退職所得の受給に関する申告書	支払者受付印
退職手当の支払者の	所在地(住所) 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号	あなたの 氏名 615 (印) 694	
名称(氏名)	独立行政法人福祉医療機構	現住所 〒 -	
法人番号	8010405003688	個人番号	別添の個人番号確認書類のとおり
		その年1月1日現在の住所	655 754

【個人番号の取得目的】 あなたの個人番号は税務手続きに利用します。

このA欄には、死亡退職による遺族請求を除き、全ての人が、記載してください。(あなたが、前に退職手当等の支払を受けたことがない場合には、下のB以下の各欄には記載する必要がありません。)

A	① 退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	年 月 日	③ この申告書の提出先から受ける退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 年 年 月 日
	② 退職の区分等	一般 生活扶助の有・無		

注意→あなたが本年中に他にも退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このB欄に記載してください。

B	④ 本年中に支払を受けた他の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 年 年 月 日	⑤ ③と④の通算勤続期間	自 年 月 日 年 年 月 日
---	------------------------------	-----------------	--------------	-----------------

注意→あなたが前年以前4年以内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)に退職手当等の支払を受けたことがある場合には、このC欄に記載してください。

C	⑥ 前年以前4年以内(その年に確定拠出年金法に基づく老齢給付金として支給される一時金の支払を受ける場合には、14年内)の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 年 年 月 日	⑦ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑥の勤続期間と重複している期間	自 年 月 日 年 年 月 日
---	--	-----------------	--------------------------------	-----------------

注意→A又はBの退職手当等についての勤続期間のうち、前に支払を受けた退職手当等についての勤続期間の全部又は一部が通算されている場合には、その通算された勤続期間等について、このD欄に記載してください。

D	⑧ Aの退職手当等についての勤続期間(③)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 年 年 月 日	⑩ ③又は⑤の勤続期間のうち、⑧又は⑨の勤続期間だけからなる部分の期間	自 年 月 日 年 年 月 日
	⑨ Bの退職手当等についての勤続期間(④)に通算された前の退職手当等についての勤続期間	自 年 月 日 年 年 月 日	⑪ ⑦と⑩の通算期間	自 年 月 日 年 年 月 日

注意→B又はCの退職手当等がある場合には、このE欄にも記載してください。

E	区分	退職手当等の支払を受けたこととなった年月日	収入金額	源泉徴収額	特別徴収税額 市町村民税(円) 道府県民税(円)	支払いを受けた年月日	退職の区分	支払者の所在地(住所)・名称(氏名)
	B	: :				: :	一般	
	C	: :				: :	障害	

注意 1 この申告書は、退職手当等の支払を受ける際に支払者に提出してください。提出しない場合は、所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額は、支払を受ける金額の20.42%に相当する金額となります。また、市町村民税及び道府県民税については、延滞金を徴収されることがあります。

2 Bの退職手当等がある人は、その退職手当等についての退職所得の源泉徴収票(特別徴収票)又はその写しをこの申告書に添付してください。

源泉徴収票はのりづけとし、ホッチキスでとめないでください

◎ 本紙は、原則として、退職した勤務先に提出していただく。◎ 個人番号が記載されている添付書類には「目隠しシール」を貼ってください。(シールは元の勤務先又は福祉医療機構に申し出ていただく)

退職手当金請求書（2枚目）

貼付用紙 振込先金融機関の記載内容を福祉医療機構が確認するための書類 （提出は必須です）

- 振込先金融機関の記載内容を確認する必要があります。
通帳の「表紙（写し）」と「見開きページ（写し）」をこの用紙に貼って、福祉医療機構が確認できるようにしてください。
- 特に、金融機関の名称や支店名については、合併や支店の統廃合などによって変更していないかどうか、再確認してください。

（通帳の「表紙（写し）」と「見開きページ（写し）」を貼ってください）

退職手当金請求書（3枚目）

**貼付用紙 個人番号（マイナンバー）を記載した者が請求者本人であることを
福祉医療機構が確認するための書類
（提出は必須です）**

- 請求書の1枚目に記載された個人番号については、法令等で本人確認が必要となっています。
- 次のいずれかの書類（下記表の5つのパターンのいずれか：「番号を確認する書類」と「本人であることを確認する書類」）をこの用紙に貼って、福祉医療機構が確認できるようにしてください。

パターン	「個人番号を確認する書類」(写し)	「本人であることを確認する書類」(写し)
1	個人番号カード	不要です
2	番号通知カード	運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）など、顔写真があり、身分が証明される公的なもの ※いずれか1種類が必要です。
3	番号通知カード	健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書など、顔写真がないもので、本人であることを証する書類 ※顔写真がないため、2種類が必要です（選んでください）。
4	個人番号が記載された住民票	運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）など、顔写真があり、身分が証明される公的なもの ※いずれか1種類が必要です。
5	個人番号が記載された住民票	健康保険証、年金手帳、公共料金の領収書など、顔写真がないものの本人であることを証する書類 ※顔写真がないため、2種類が必要です（選んでください）。

（書類は重ねて貼ってください）

- 1 「個人番号を確認する書類（個人番号カードの写し又は番号通知カード）」の写しを貼ってください。
- 2 「本人であることを確認する書類」の写しを貼ってください。

※ 住民票の写し、旅券（パスポート）の写し、年金手帳の写しなど、この用紙に貼りきれないものは、貼らないで提出してください。

退職手当金請求書（4枚目）

貼付用紙 勤務していた法人・施設が届出している氏名が変更していることを
福祉医療機構が確認するための書類
（氏名が変更している場合のみ、提出してください）

- 氏名が変更していることを確認する必要があります
- 運転免許証（表裏）、戸籍抄本、旧姓と新姓が確認できる住民票などの写しをこの用紙に貼って、確認できるようにしてください。

（氏名が変更していることを確認する書類の写しを貼ってください）

※ この用紙に貼りきれないものは、貼らないで（ホッチキス止め）提出してください。

846 1	(1回目) 機構受付日付印	(2回目) 機構受付日付印
	977	983

合算制度利用申出書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

私は、注意事項、重要事項を理解したうえで、合算制度を利用しますので、申出ます。

1回目 現在の勤務先を退職した時(制度利用の意向を事前に申し出)

申出書の作成日	元号	年	月	日	退職理由 簡潔に記載してください(例:自己都合(結婚、転職など)による退職、定年退職、雇用契約期間満了による退職、解雇 など)
退職日	元号	年	月	日	
退職した勤務先 法人名か施設名のいずれかを記入してください					
312 申出者区分	フリガナ	313	332 生 年 月 日	379 連絡先電話番号(携帯も可)	
1 退職者本人	氏 名	333	372 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	373 年 月 日	374 市外局 局 番号 954 969
郵便番号		住所	502		
〒	847 849 850 853	854			

<個人情報の取扱いに関する注意事項> 退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

2回目 再び被共済職員となる時(制度利用を申し出)

申出書の作成日	元号	年	月	日	再び被共済職員となる日	元号	年	月	日
勤務先 法人名か施設名のいずれかを記入してください									
申出者区分	フリガナ	生 年 月 日			連絡先電話番号(携帯も可)				
被共済職員本人	氏 名	372 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	373 年 月 日	374 市外局 局 番号	375 376 377 378 379				
郵便番号		住所	502						
〒	847 849 850 853	854							

<個人情報の取扱いに関する注意事項> 退職者に係る個人情報は、退職手当共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

【注意】

※ 上記の退職日にかかる退職手当金が請求書された時点で本申出は無効となります。

◎ この制度は、退職した日から起算して3年以内(平成28年3月31日以前の退職においては2年以内です)の間に、退職手当金を請求しないで再び被共済職員となり、申し出た場合に期間を合算(通算)する制度です。

(1) 退職した場合、退職手当金の請求、あるいは、この制度(被共済職員期間を合算する制度)の利用のいずれかを選択できます。

(2) 次のいずれかに該当するときは、期間の合算はできません。

- ① 退職手当金を請求したとき
- ② 退職日を含めて、被共済職員としての在籍期間が1年未満のとき
- ③ 退職した理由が、自己の犯罪行為その他これに準ずべき重大な非行であった場合
- ④ 上記のほか、虚偽報告その他、法の規定により期間の合算ができない場合があります。

【大変重要なこと】

- (1) この申出書は2回、福祉医療機構へ提出してください(本人は勤務先に提出してください)。
 - ・ 1回目:現在の勤務先を退職した時(合算制度の利用の意向を提出) > 記載は上段のみ
 - ・ 2回目:再び被共済職員となる時(あらためて、合算制度の利用申出を提出) > 記載は下段に追記・押印
- (2) このため、本申出書は、必ず、写しを2部以上、控えとして保管しておいてください。
- (3) 福祉医療機構では、退職した日から起算して3年以内(平成28年3月31日以前の退職においては2年以内です)に、再び、本制度(社会福祉施設職員等退職手当共済制度)に加入すること(被共済職員となること)となった場合に備え、合算制度利用の申し出があったことをデータ管理します。
- (4) 再び被共済職員となる時
 - ・ 1回目に提出した申出書の控え(コピー)の下段に必要な事項を記入・押印して、新たな勤務先に提出してください。
 - ・ そして、新たな勤務先に対し、「前の勤務先を退職する時に、福祉医療機構に対して合算制度利用の意向をすでに申し出ていること」を確実に伝えてください。
 - ・ 新たな勤務先は、その申出について、この申出書を福祉医療機構へ提出(2回目分)します。

【記載上の留意点】

- (1) 鉛筆や消せるボールペンで記入しないでください(鉛筆等を使用した場合、受付できません)。
- (2) 記入事項に訂正がある場合、本人印で訂正印を押印してください。
- (3) 上記ワケ内の事項は、すべて、正確に記入してください。
- (4) 特に、押印には注意してください。押印は、1回目だけでなく、2回目も押印していただきます。

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。

4	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	
							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（異動区分「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				元号										87	88	89	90	91	92	日				
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）				業務上の傷病による休業期間 254				共済契約対象施設等最終在籍年月日																
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																				
異動月の出勤日数				日	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	1 新規	出産日	元号	234	年	月	日	239	94											111				
	2 変更	育児休業開始日	元号	241	年	月	日	246	113											130				
	3 再取得	育児休業終了日	元号	248	年	月	日	253	132											149				
				パパ・ママ育休プラス	有・無						135	136								142	144			
				半年延長の理由(※)	1・2																			
257	1 新規	出産日	元号	259	年	月	日	262	151											168				
	2 変更	育児休業開始日	元号	264	年	月	日	269	154											161	163			
	3 再取得	育児休業終了日	元号	271	年	月	日	276	170											173	174			
				パパ・ママ育休プラス	有・無						189									192	193			
				半年延長の理由(※)	1・2																180	182		

<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であることが確認できる「定款」(写)を添付してください。
 (なお、当該年度に既に定款を提出してある場合は、提出の必要はありません。)

2. 共済契約対象施設等復帰の場合（異動区分「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すること。

共済契約対象外施設等 異動年月日				職種										復帰時の本俸月額			
				名称	82	番号	93	94	俸給表の額 (円)				100	<別掲>俸給の調整額(円)			106
共済契約対象施設等 復帰年月日				86					91								

1	カードNO	2
---	-------	---

(※) 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・・・保育所に入所を希望しているが、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ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

◎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、下欄記載の欄を添付してください。

共済契約者間継続職員異動届

- ・本届出は、通常の転職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（両者の記入押印がない場合）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

機構受付日付印

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	
異動後の共済契約者	共済契約者番号 4 9				施設番号 10 12				採用年月日 14 19				職 種			
	氏名又は名称				郵便番号				電話				名 称 20 番 号 21			
	主たる事業所の所在地				郵便番号				電話				異動後の本俸月額			
	事務担当者氏名				電話				種類				俸給表の額 22 28 30 35			
	勤務する施設又は事業所				電話				種類				<別掲> 俸給の調整額			
	共済契約者番号 36 41 42 46				職員番号				異動前の本俸月額				俸給表の額 122 128 129 134			
	氏名又は名称				郵便番号				電話				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) 日			
	主たる事業所の所在地				郵便番号				電話				退職日 48 53			
	事務担当者氏名				電話				種類				退職日 元号 年 月 日			
	勤務する施設又は事業所				電話				種類				退職日 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)		左月の計		業務上の傷病による休業期間		育児休業の申請があった者										
月 名	左月の計	開始 (元号) 年 月 日		121		1 新規	出産日				パパ・ママ育休プラス 有 ・ 無					
<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月	_____月	終了 (元号) 年 月 日				2 変更	育児休業開始日				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				半年延長の理由(※) 1 ・ 2					
<input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月						1 新規	出産日				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				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				半年延長の理由(※) 1 ・ 2					
<input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 3月																

◎ 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。 ◎ 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。

(※) 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 保育所に入所を希望しているが、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ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

カード No.	1	2
5	8	

共済契約者氏名等変更届・共済契約証書再交付申出書

(約款様式第10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

次のとおり

届出区分	1	変更があったので届け出ます。
	2	再交付を申し出ます。

該当する届出区分に○をつけてください。

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
 ◎ 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。
 ◎ 共済契約者名の変更をした場合及び共済契約対象施設・事業の種類を変更した場合には、下部記載の添付書類を必ず添付してください。

共済契約者番号	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	- -	

1. 共済契約者氏名又は名称・所在地の変更有無	有 (1に変更事項を記入してください) ・ 無
2. 施設名称・所在地・施設種類の変更有無	有 (2に変更事項を記入してください) ・ 無
3. 共済契約証書の再交付申出	理由 ()

※該当する番号に○をつけてください。また住居表示の変更等で共済契約者情報、施設情報の両方が変更された場合はそれぞれ記入をお願いします。

1. 共済契約者の変更事項

名称 (変更年月日 年 月 日)	新	フリガナ				
	旧					
主たる事務所の所在地 (変更年月日 年 月 日)	新	郵便番号		-		
	旧	都道府県				

2. 共済契約対象施設等の変更事項

施設番号		種類コード	
名称 (変更年月日 年 月 日)	新		
	旧		
所在地 (変更年月日 年 月 日)	新	〒 -	
	旧		
種類	新		
	旧		

<添付書類>

- 1 共済契約者の名称を変更した場合、履歴事項全部証明書(写)を添付してください。
- 2 共済契約対象施設等の種類を変更した場合、(所轄庁受理印付の「変更届」(写)を添付してください。
 ※上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

<記載上の留意点等>

- 1 変更年月日は、必ず記入してください。
- 2 法人代表者のみ変更の際は、この届を提出する必要はありません。
- 3 複数の施設の住所等を変更する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。
- 4 [] は記入しないでください。

(約款様式第 1 1 号)

削除

共済契約対象施設等一部廃止届

(約款様式第12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

次のとおり、施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

共済契約者番号		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	
						-	
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等	施設番号	名 称			休止・廃止経営移管年月日		
					元号	年	月
理由 (該当する記号に○)	ア. 廃止 イ. 休止 ウ. 経営移管						
被共済職員	(1) 退職者 人 (2) 引継(移管)職員 人 (3) 配置換職員 人 (4) 継続異動職員 人 (5) 共済契約対象外施設等への異動職員 人 (6) 合算申出職員 人 合計 人						
備考	経営移管後の 共済契約者(経営者)名() 共済契約者番号()						

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎ 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。
○ 下記記載(赤字)は必ず記入してください。

<添付書類>

- 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿(別紙)
- 右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類
 - 「廃止・休止届受理通知書」(写)
 - 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
 - その他、業務委託契約書等(写)
 上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式2)
 ※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類
 - 法人の定款(写)
 - 定款変更申請書(写)及びその他書類

<記載上の留意点>

- 「退職者」又は「継続異動職員」又は「共済契約対象外施設等への異動職員」がある時は、遅延なく次の届書を提出してください。
 - 退職者及び合算申出職員…被共済職員退職届(約款様式第7号)並びに退職手当金請求書(約款様式第7号の2)又は合算制度利用申出書(約款様式第7号の3)
 - 他の共済契約者への継続異動職員…共済契約者間継続職員異動届(約款様式第8号)
 - 共済契約対象外施設等への異動職員…共済契約対象(外)施設等異動届(約款様式第9号)
- 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む)が該当共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。

確認事項

- ア. 施設・事業の名称 イ.所在地
 ウ. 施設・事業の種類 エ.廃止・休止年月日
 ※申出施設等については、「ウ」は不要

(別紙) 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿 (廃止・休止する施設・事業に在籍していた職員について、施設・事業毎に作成してください。)
記載上の留意点等を必ずお読みのうえ記入してください。

職員番号	共済契約者番号		施設番号		該当する区分に○をつけてください。			廃止する施設・事業の名称	異動時職種	異動の内容	異動後共済契約者名				
	職員氏名		生年月日		1男 2女	名称	番号				理由 該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。	(継続異動・合算申出あるいは引継(移管)職員の異動の場合に記入してください)			
	異動後共済契約者番号		異動後共済契約者名									異動後共済契約者番号			
13	17	38	77	78	79	84	85	86	87	102	138	143	144	148	180
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				
				2	年	月	日			1. 退職(合算申出含む) 2. 引継(移管) 3. 配置換 4. 継続異動 5. 契約対象外施設等異動	施設等名称 施設番号				

※ は記入しないでください

退職手当共済契約解除通知書

(約款様式第13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

次のとおり、全ての被共済職員の同意を得たので共済契約を解除します。

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
 ◎ 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。
 ◎ 下部記載の添付書類を必ず添付してください。

共済契約者番号	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	— —
解除年月日	年 月 日				
解除日における被共済職員数	人				
解除の理由 〔具体的に記入してください〕					

<添付書類>

- 1 退職手当共済契約を解除する全ての被共済職員（解除日に退職する職員も含む。）についての同意書を別途作成し、添付してください。
- 2 被共済職員であった者の従業状況報告書を別途作成し、添付してください。

<記載上の留意点>

- 1 この通知書により共済契約が解除になった場合は、退職手当金が支給されません。
- 2 部分解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第13号の2）」を使用してください。

従業員状況報告書

(従業員状況報告書は施設ごとに作成してください)

		共済契約者番号	施設番号					育児休業をとった者													
職員番号	職員氏名	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)		業務上の傷病による休業期間	1 新規	2 変更	3 再取得	出産日				開始年月日				パパ・ママ 育児プラス					
		月名	計									終了年月日 (予定日)									
		元号	年					月	日	元号	年	月	日	有・無							

(※) 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 保育所に入所を希望しているが、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ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

解除同意書

(※解除同意書は、施設毎に作成してください。)

	職員番号	被共済職員氏名	生年月日	同意年月日	認印
1			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
2			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
3			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
4			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
5			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
6			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
7			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
8			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
9			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
10			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
11			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
12			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
13			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
14			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
15			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
16			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
17			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
18			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
19			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
20			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印

※ この同意書に記入した場合、退職手当金は支給されません。

※ この同意書は、被共済職員本人の自署によるものとします。

退職手当共済契約部分解除通知書

(約款様式第13号の2)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

特定介護保険施設等又は申出施設等のうち以下の施設等については被共済職員の同意を得たので、退職手当共済契約のうち当該同意を得た被共済職員に関する部分を解除します。

機構受付日付印

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎ 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。
◎ 下部記載の添付書類を必ず添付してください。

共済契約者番号	共 済 契 約 者	氏名又は名称	①		
		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	- -

解除年月日	年 月 日			
部分解除をする 特定介護保険施設等又は申出施設等の名称及び被共済職員数	施設番号	名称	解除する部分 (該当番号に○印をつけてください。)	被共済職員数
			1. 施設全体の被共済職員 2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1 3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2 4. 施設転換後の被共済職員	人
			1. 施設全体の被共済職員 2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1 3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2 4. 施設転換後の被共済職員	人
			1. 施設全体の被共済職員 2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員 ※1 3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員 ※2 4. 施設転換後の被共済職員	人
解除の理由 (具体的に記入してください)				

<添付書類>

- 1 退職手当共済契約を解除する全ての被共済職員（解除日に退職する職員を含む。）についての同意書を別途作成し、添付してください。
- 2 被共済職員であった者の従業状況報告書を別途作成し、添付してください。

<記載上の留意点>

- 1 この通知書により退職手当共済契約部分解除になった場合は、退職手当金が支給されません。
- 2 退職手当共済契約（全部）の解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約解除通知書（約款様式第13号）」を使用してください。
- 3 「1. 施設全体の被共済職員」については、「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」の解除する施設・事業単位で業務に従事する全ての被共済職員に関する部分が解除となります。
- 4 「2. 平成18年4月1日以降加入した被共済職員」については、経過措置の対象となる施設（※1）の業務に従事する平成18年4月1日以降に被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経過措置の対象とならない平成18年4月1日以降に開設した特別養護老人ホーム等の「特定介護保険施設等」では、「平成18年4月1日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。

（※1）共済契約者が、平成18年3月31日までに開設（制度に加入している施設）した次の施設・事業をいいます。

特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム（※介護保険法の規定に係るもの）、老人福祉センターの中の老人デイサービス事業、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人居宅介護等事業、認知症対応型老人共同生活援助事業（グループホーム）。

- 5 「3. 平成28年4月1日以降加入した被共済職員」については、経過措置の対象となる施設（※2）の業務に従事する平成28年4月1日以降に被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経過措置の対象とならない平成28年4月1日以降に開設した障害者支援施設等の「特定介護保険施設等」では、「平成28年4月1日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。

（※2）共済契約者が、平成28年3月31日までに開設（制度に加入している施設）した次の施設・事業をいいます。

障害児通所支援事業、障害児入所施設、障害者支援施設、居宅介護事業、重度訪問介護事業、同行援護事業、行動援護事業、療養介護事業、生活介護事業、自立訓練事業、就労移行支援事業、就労継続支援事業、共同生活援助事業（グループホーム）、移動支援事業、地域活動支援センター、福祉ホーム、短期入所事業、重度障害者等包括支援事業

従業員状況報告書

(従業員状況報告書は施設ごとに作成してください)

		共済契約者番号	施設番号			直前4月～解除月まで												育児休業をとった者											
職員番号	職員氏名	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)		業務上の傷病による休業期間	1 新規 2 変更 3 再取得	出産日				開始年月日				終了年月日(予定日)				パパ・ママ 育児プラス 半年延長の理由(※)											
		月名	計																										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無										
						1 2 3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2										

(※) 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 保育所に入所を希望しているが、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ヶ月以降子を養育する予定であったものが、死亡・負傷・疾病等の事情により子を養育することが困難になった場合

解除同意書

(※解除同意書は、施設毎に作成してください。)

	職員番号	被共済職員氏名	生年月日	同意年月日	認印
1			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
2			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
3			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
4			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
5			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
6			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
7			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
8			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
9			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
10			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
11			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
12			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
13			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
14			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
15			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
16			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
17			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
18			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
19			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
20			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印

※ この同意書に記入した場合、退職手当金は支給されません。

※ この同意書は、被共済職員本人の自署によるものとします。

(約款様式第 1 4 号)

削除

(約款様式第 1 5 号)

削除

社会福祉施設等から特定介護保険施設等への転換届

(約款様式第16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

次のとおり、社会福祉施設等を特定介護保険施設等へ転換したので届け出ます。

◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
◎ 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。
◎ 下部記載の「添付書類」を必ず添付してください。

共済契約者番号		共 済 契 約 者	名 称	⑤			
			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	— —	
転 換 日			年 月 日				
転換した施設又は事業	転換前	施設番号	名 称	種 類			
			所 在 地				
				郵便番号	—		
	転換後			名 称	種 類		
						所 在 地	
				郵便番号	—		
備 考							

<添付書類>

右の**確認事項**が明記された次のいずれかの書類

- (1) 「許認可書」(写)
- (2) 「許可書」(写)及び「許可申請書」(写)
- (3) その他、業務委託契約書等

上記に該当する書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式1)

※法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、**確認事項**が明記されたいずれかの書類

- (1) 法人の定款(写)
- (2) 定款変更申請書(写)

<記載上の留意点等>

1 施設又は事業の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。

- ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)へ転換
- ② 軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)から軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けたもの)へ転換

※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム(介護保険の指定を受けていないもの)へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届(約款様式第12号)」及び「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」を提出してください。

2 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は「掛金納付対象職員届(約款様式第2号)」で確認して記入してください。

3 表中「転換した施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。

確認事項

- ア. 施設・事業の名称
- イ. 所在地
- ウ. 施設・事業の種類
- エ. 廃止・休止年月日
- オ. 許認可届出年月日

施設を転換する日以後新たに使用する職員について加入させない旨の届

(約款様式第16号の2)

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

施設を転換する日以後新たに当法人（共済契約者）に使用され、かつ、当該施設の業務に常時従事することを要する者となるものについては、被共済職員でないものとするを届け出ます。

◎ ◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。
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。

共済契約者番号	共 済 契 約 者	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	— —	
転換予定日		年 月 日			
転換する施設又は事業	転換前	施設番号	名 称	種 類	
		所在地			
		郵便番号	—		
		名 称	種 類		
	転換後	所在地			
		郵便番号	—		
備 考					

<記載上の留意点等>

- 1 施設の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
 - ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 - ② 軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 ※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届（約款様式第12号）」及び「施設等新設届・申出書（約款様式第1号）」を提出してください。
- 2 この届は、上記1の転換を行う場合において、転換日以後新たに当該共済契約者に使用され、かつ当該転換後の施設の業務に常時従事することを要する職員について、加入させない場合に転換日前日までに提出してください。
 ※なお、施設又は事業を転換した日以後新たに当該共済契約者に使用された職員について契約を解除する場合は、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第13号の2）」を提出してください。（この場合は、転換日以後新たに当該共済契約者に使用された職員全員の同意が必要になります。）
- 3 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は掛金納付対象職員届で確認して記入してください。
- 4 表中「転換する施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。