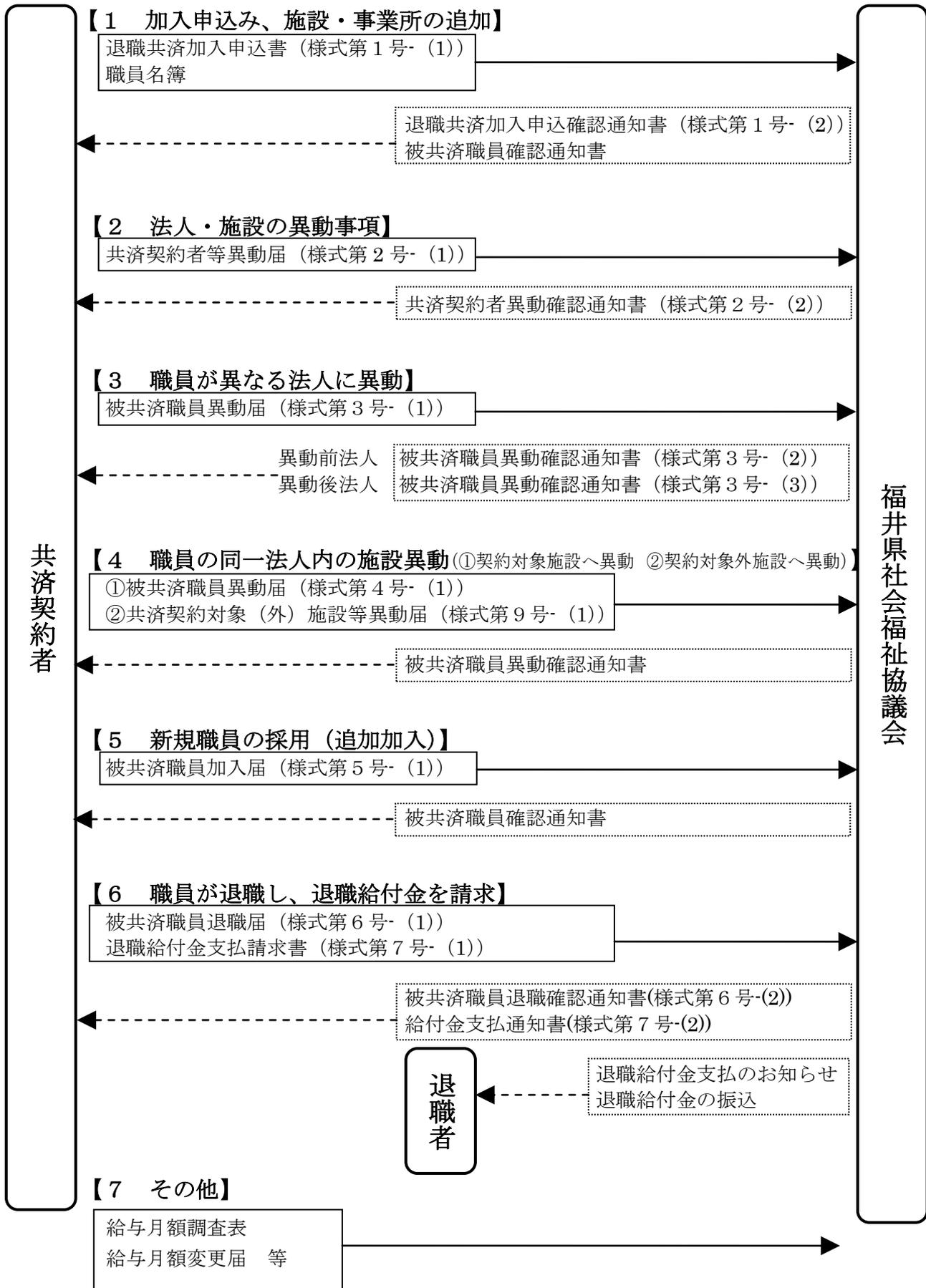


## II 県退職共済の事務手続き

年間事務処理表

月	共済契約者の事務処理	内 容	留意事項
4月上旬	被共済職員掛金累計額明細表の受領	3月31日現在の退職共済掛金累計額を通知する。	・必要な会計処理を行ってください。(56~58ページ参照)
6月中旬	給与月額変更届の提出  (今年度の掛金基礎月額)	4月1日現在の被共済職員の状況(入退会、休業、名字の変更等)と昨年給与月額調査表にて報告いただいた給与月額(前年の10月1日現在の金額)の確認。  ※ この報告により当該年度の掛金基礎月額が確定します。	・前年10月2日以降に加入した方については加入時の金額を記入してください。  ・退職者、加入者、異動した職員がいる場合は届出書類も併せて送付してください。
8月下旬	給与月額調査表の提出  (翌年度の掛金基礎月額)	前期(4月~9月)の被共済職員の入退会状況および当年10月1日現在における被共済職員の給与月額(俸給額+調整額)の調査。  ※ 本調査は前期掛金請求事前調査を兼ねており、この報告により前期掛金が算定されます。	・退職者、加入者、異動した職員がいる場合は併せて届出書類を送付してください。  ・翌年度の県の掛金補助額を算定する根拠となります。
10月下旬	前期掛金の納入	県社協から送付する掛金請求書に基づき、期日までに指定口座へ納入してください。	・急な退職等、請求内容に変更がある場合は県社協までお問い合わせください。
2月中旬~3月上旬	後期掛金請求事前調査の回答	後期(10月~3月)の被共済職員の状況(入退会、名字の変更等)報告。  ※ この報告により後期掛金の金額が算定されます。	・10~2月で退職した(する)職員の報告がなされないと、後期分の掛金が請求されますので、漏れのないよう報告してください。
3月中旬	後期掛金の納入	県社協から送付された掛金請求額を期日までに指定口座へ必ず納入してください。	・急な退職等、請求内容に変更がある場合は県社協までお問い合わせください。

注) 各種届(加入、異動、退職等)は県社協にすみやかにご提出ください。



**1 新規に加入契約をするとき、施設・事業所を追加するとき**

新規に共済契約をするとき、または既に県退職共済に加入している共済契約者で新規の施設の追加契約をするときは、経営者が代表して「福井県民間社会福祉施設職員退職共済加入申込書」（様式第1号-（1））および「職員名簿」に必要事項を記入のうえ、県社協にすみやかに提出してください。

すでに共済契約を締結している法人が施設を追加する場合は、「追加加入」を選択します。

**記入例**（新規加入・追加加入の場合）

様式第1号-（1）

**福井県民間社会福祉施設職員退職共済加入申込書**

平成 30 年 10 月 1 日

福井県社会福祉協議会長様

新規加入  追加加入

法人番号	180999		法人設立日	昭和24年 4 月 1 日				
申込法人名	(フリガナ) フクイコウヨウカイ		(代表者職氏名)					
	社会福祉法人 福井光陽会		福井 花子 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">理事長の印</span>					
主たる事務所の所在地	〒 910 - 9999		〒 910 - 9999					
	福井市光陽2丁目3-22		福井市光陽5丁目3-22					
電話番号	( 0776 ) 24 - 2339	FAX番号	( 0776 ) 24 - 8941					
※施設番号	新たに加入する社会福祉施設の名称	所在地	施設区分	施設種別	利用定員	職員総数	加入対象職員数	事業開始日
	あさがお	〒 910 - 9999 福井市光陽5丁目3-22 電話番号( 0776 ) 24 - 2437 FAX番号( 0776 ) 24 - 2437	02	302	80	50	40	H30.10.1
		〒 - 電話番号( ) - FAX番号( ) -						
		〒 - 電話番号( ) - FAX番号( ) -						
		〒 - 電話番号( ) - FAX番号( ) -						

「施設種別コード」は53、54ページをご参照ください。

(注意)

事務担当者氏名	福井 次郎
電話番号	( 0776 ) 24 - 2339
FAX番号	( 0776 ) 24 - 8941

- 1 新規契約時は、「法人番号」欄は記入不要です。
- 2 「※施設番号」欄は記入不要です。
- 3 「施設区分」欄には、01（社会福祉施設等）、02（特定介護保険施設等）、03（申出施設等）のいずれかを記入してください。
- 4 「施設種別」欄には、別紙の「施設種別コード表」の該当するコードを記入してください。

《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 加入申込書(様式第1号-(1)) ※要押印 (37ページ参照)
- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 職員名簿 (38ページ参照)
- ・加入施設・事業の
  - 「許認可書」(写) または「指定通知書」(写)
  - 「許可書」(写) および「許可申請書」(写)
- その他「業務委託契約書」(写) 等、次のア～カの事項が確認できる書類
  - ア. 施設・事業の名称      イ. 所在地      ウ. 施設・事業の種類
  - エ. 利用定員      オ. 開始年月日      カ. 許認可、届出年月日
- ・法令により許認可・届出の必要がない場合のみ、上記のア～カが確認できる書類
  - 「法人の定款」(写) または「定款変更申請書」(写) およびその他の書類

《承認および確認後の通知等》

法人番号、施設番号、会員番号を付して次の書類を共済契約者に送付します。

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 契約申込確認通知書 (様式第1号-(2))
- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員確認通知書

記入例

福井県民間社会福祉施設職員退職共済加入職員名簿

1 枚中 1 枚目

法人番号	180999	※施設番号		法人名	社会福祉法人福井光陽会	施設名称	あさがお						
※会員番号	加入者			加入年月日 (県共済)			給与月額 (俸給額+調整額) (円)	福祉医療機構退職共済制度加入年月日					
	フリガナ 氏名	職種	生年月日	性別	元号	年	月	日	元号	年	月	日	
	アイイ 悟 相生 悟	コード(10) 事務員	大昭平 52 1 5	男女	平	25	1	1	245000	平	25	1	1
	カウ ノフコ 加藤 宣子	コード(04) 介護職員	大昭平 2 6 1	男女	平	30	10	1	190000	平	30	10	1
			大昭平	男女									
			大昭平										
			大昭平										
			大昭平										
			大昭平										
			大昭平										

「職種コード表」は55ページ  
をご参照ください。

県退職共済に加入した日。  
(他施設からの異動等により  
加入した場合は、初めて退職  
共済に加入した日を記入)

俸給表に定められる格付本  
俸に給与特別改善費や特殊  
業務手当等俸給の調整額を  
加算した額。(医療機構退職  
共済に準ずる)

医療機構退職共済への  
加入が加入要件です。  
(県と同日加入が基本)

(注意) 1 施設別に作成してください。  
2 職種コード欄には、別紙の「職種コード表」の該当するコードを記入してください。

## 2 法人・施設に異動事項があったとき

県退職共済に加入する法人・施設において、次の異動事項があった場合は、「福井県民間社会福祉施設職員退職共済契約者異動届」（様式第2号-（1））に必要事項を記入のうえ、県社協にすみやかに提出してください。

### 《異動についての報告内容》

- 1 法人名や住所の変更
- 2 法人の代表者の変更
- 3 法人の電話番号、FAX番号、メールアドレスの変更
- 4 法人の解散
- 5 施設・事業の名称変更
- 6 事業・施設の住所、電話番号、FAX番号の変更
- 7 事業・施設の休廃止
- 8 その他

### 《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 契約者異動届（様式第2号-（1））※要押印（39ページ参照）

1、2、4の場合

・登記簿謄本（履歴事項全部証明書）の写し

5、7の場合

・「許認可証」（写）、「届出書」（写）、「届出受理書」（写）等

・7の場合は、「職員名簿」（40ページ）も添付してください。

### 《承認および確認後の通知等》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 契約者異動確認通知書（様式第2号-（2））



保育所から幼保連携型認定こども園に移行する場合

保育所から幼保連携型認定こども園に移行する場合は、下記の書類をご提出ください。「施設名称の変更」の取扱いではありませんのでご留意願います。

1. 保育所の廃止届（様式第2号-（1））
2. 幼保連携型認定こども園の加入申込書（様式第1号-（1））

記入例 (法人・施設に異動事項があった場合)

様式第2号- (1)

福井県民間社会福祉施設職員退職共済契約者等異動届

法人番号	180999	法人名	社会福祉法人 福井光陽会
異動事由 (○印)	1 法人名または法人住所の変更 2 法人の代表者の変更 3 法人の電話番号、FAX番号、メールアドレスの変更 4 法人の解散 5 施設・事業の名称変更 6 事業・施設の住所、電話番号、FAX番号の変更 7 事業・施設の休廃止 8 その他 (具体的に )		
異動前			
異動後	こよう保育園の廃止		
異動年月日	平成30 年 3 月 31 日		

上記のとおり届け出ます。

平成 30 年 4 月 1 日

福井県社会福祉協議会長様

所在地 福井市光陽2丁目3-2  
 共済契約者 社会福祉法人 福井光陽会  
 理事長 福井 花子  
 (事務担当者氏名 福井 次郎)



記入例 (事業・施設の休廃止の場合の添付書類)

(施設・事業の休廃止) 職員名簿

1 枚中 1 枚目

法人番号	180999	施設番号	001	法人名	社会福祉法人福井光陽会	施設名称	こよう保育園
会員番号	被共済職員			加入年月日	異動の内容	異動先法人・施設名称	
	フリガナ氏名	職種	生年月日				性別
1111111111	アイオイ サトル 相生 悟	保育士	大昭平 2 1 5	男女	元号 年 月 日 平 26 1 1	・退職 (合算申出含む) ・引継 (移管) ・同一法人内異動 ・継続異動 (他法人) ・契約対象外施設等異動	こようこども園
2222222222	オバマ ウメコ 小浜 梅子	保育士	大昭平 40 5 17	男女	昭 61 4 1	・退職 (合算申出含む) ・引継 (移管) ・同一法人内異動 ・継続異動 (他法人) ・契約対象外施設等異動	
						・退職 (合算申出含む) ・引継 (移管) ・同一法人内異動 ・継続異動 (他法人) ・契約対象外施設等異動	
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>(ご注意)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・休廃止時点で所属する被共済職員全員についてご記入ください。</li> <li>・別途、退職届、異動届 (法人異動) 等の届が必要ですが</li> </ul> </div>							
			大昭平	男女		・退職 (合算申出含む) ・引継 (移管) ・同一法人内異動 ・継続異動 (他法人) ・契約対象外施設等異動	
			大昭平	男女		・退職 (合算申出含む) ・引継 (移管) ・同一法人内異動 ・継続異動 (他法人) ・契約対象外施設等異動	

(注意) 1 退職 (合算申出含む)、継続異動 (他法人)、契約対象外施設等異動の場合、別途届出が必要です。

### 3 被共済職員が別の法人に異動（転職）したとき

被共済職員が退職日の翌日に他の共済契約者（法人）に異動（転職）し、異動前後の共済契約者（法人）の同意があるときには、被共済職員期間を継続することができます。この場合、異動前、異動後の共済契約者（法人）が「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（法人異動）」（様式第3号-（1））に必要事項を記入・押印の上、県社協にすみやかに提出してください。

#### 《書類作成の流れ》

- （1）被共済職員が1日の空白もなく他の共済契約者（法人）に異動（転職）し、被共済職員期間を継続する希望があるときは、異動前の共済契約者（法人）が先に「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（法人異動）」（様式第3号-（1））を作成します。
- （2）異動前の共済契約者が異動後の共済契約者に状況を説明し、上記①で作成した「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（法人異動）」（様式第3号-（1））を送付し、作成を依頼してください。
- （3）異動後の共済契約者が作成した「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（法人異動）」（様式第3号-（1））を県社協に提出します。

#### 《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（法人異動）（様式第3号-（1））  
（41ページ参照）※要 異動前後の共済契約者の押印

#### 《承認および確認後の通知等》

異動前、異動後の共済契約者の両方に通知します。

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動確認通知書（様式第3号-（2））

#### 《注意事項》

- （1）被共済職員が退職日の翌日に他の共済契約者に異動（転職）する場合の異動月の掛金は、異動月の月末に所属する共済契約者の負担となります。
- （2）被共済職員の法人の異動が発生した場合は、「県退職共済にかかる主な経理処理」（56～58ページ）を参考に必要な会計処理を行ってください。
- （3）法人異動と合算申出との違いは、下表のとおりです。

	法人異動	合算申出
異動（転職）までの期間	1日の空白もなく異動	退職後3年以内（平成28年3月31日までの退職は2年以内）
共済契約者間の同意	必要	不要
異動前の被共済職員期間	1年未満でも可	1年以上
必要な届	様式第3号-（1）	様式第6号-（1）

記入例 (被共済職員が別の法人に異動 (転職) した場合)

様式第3号- (1)

# 福井県民間社会福祉施設職員退職共済被共済職員異動届

(法人異動)

平成 30 年 10 月 1 日

福井県社会福祉協議会長様

下記のとおり異動しましたので届け出ます。

フリガナ	ナガサキ アキラ
被共済職員氏名	長崎 晃
生年月日	大昭平 55 年 12 月 25 日

異動 後 共 済 契 約 者	法人番号	180999	施設番号	015	
	法人名	社会福祉法人 福井光陽会		施設名	ほやほや
	代表者職氏名	理事長 福井 花子	理事長印	所在地	福井市光陽2丁目3-22 (事務担当者氏名 福井 次郎)
	異動年月日 (施設就職日)	平成 30 年 10 月 1 日			
	異動後職種	支援員			
	異動後給与月額 (俸給額+調整額)	221,500 円			
異動 前 共 済 契 約 者	法人番号	180888	施設番号		
	法人名	社会福祉法人 福祉の社		施設名	ときめき
	代表者職氏名	理事長 石川 五郎	理事長の印	所在地	敦賀市安島2-5-50 (事務担当者氏名 内海 晴子)
	異動年月日 (施設退職日)	平成 30 年 9 月 30 日			
	異動前職種	介護職員			
	異動前給与月額 (俸給額+調整額)	212,000 円			

法人異動は、異動前後に1日の空白もない場合にできます。空白がある場合は、合算申出をします (22ページ)。

※異動日の属する月の掛金は、異動後の給与月額を基準に異動後の共済契約者が負担することになります。

#### 4 職員（被共済職員）が同一法人内の施設に異動したとき

同一法人内の異動には次の①～③のケースがあります。

- ① 異動先も共済加入施設である場合
- ② 異動先が共済契約対象外施設である場合
- ③ 共済契約対象外施設から共済契約対象施設に異動（復帰）した場合

##### ① 異動先も共済加入施設である場合

職員（被共済職員）が法人内の施設を異動したときは、「福井県民間福祉施設退職共済 被共済職員異動届（同一法人施設間異動）」（様式第4号-（1））に必要事項を記入の上、県社協にすみやかに提出して下さい。

##### 《提出が必要な書類》

- ・福井県民間福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（同一法人施設間異動）」（様式第4号-（1））

※要押印

（42ページ参照）

##### 《承認および確認後の通知等》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動確認通知書（様式第4号-（1））

**記入例**（同一法人施設間異動・異動先も共済加入施設の場合）

様式第4号-（1）

#### 福井県民間社会福祉施設職員退職共済被共済職員異動届 （同一法人施設間異動）

法人番号	180999	法人名	社会福祉法人 福井光陽会				
会員番号	フリガナ	異動前		異動後		異動年月日	
	氏名	施設名称	職種	施設名称	職種		
0199900014	ナガノ オサム	(施設番号 012 ) ほほえみ	介護職	(施設番号 014 ) きぼう	生活相談員	元号	30.10.1
	長野 治	(施設番号 )		(施設番号 )		平	
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.
		(施設番号 )		(施設番号 )			.

施設番号を必ず記入してください。

上記のとおり届け出ます。

福井県社会福祉協議会長 様

平成 30 年 10 月 3 日

所在地  
共済契約者 社会福祉法人 福井光陽会  
理事長 福井 花子  
（事務担当者氏名 福井 次郎



## ② 異動先が共済契約対象外施設である場合

職員（被共済職員）が同一法人の共済契約対象外の施設に異動し、かつ5年以内に共済契約対象施設に復帰する予定がある場合には、「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 共済契約対象（外）施設等異動届」（様式第9号-（1））に必要事項を記入の上、県社協にすみやかに提出してください。

### 《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 共済契約対象(外)施設等異動届（様式第9号-（1））  
（46ページ参照）※要押印

### 《承認および確認後の通知等》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員共済契約対象外施設異動確認通知書

### 《注意事項》

- （1） 被共済職員が共済契約対象外施設等に所属している期間は、下記の取扱いとなります。  
共済契約者は、該当する被共済職員にこのことを説明してください。
  - ・ 契約対象外施設に所属している期間は掛金が発生しませんが、被共済職員期間に含みません。
  - ・ 契約対象施設を転出してから5年以内に契約対象施設に異動すれば、契約対象外施設に所属する前までの被共済職員期間を合算することができます。
  - ・ 契約対象外施設に異動してから5年以内であればいつでも退職給付金を受給することができます。
  - ・ 契約対象外施設に異動してから5年を超えると以前の被共済職員期間は無効となり、退職給付金も受給することができなくなります。
- （2） 被共済職員が法人内の共済契約対象外施設に異動し、かつ5年以内に共済契約対象施設に復帰する予定がない場合は『6 職員（被共済職員）が退職し、退職給付金を請求するとき』（19ページ）を参考に、退職給付金を請求してください。共済契約対象外施設に異動してから5年以内であれば退職給付金の請求手続きをとることができます。  
ただし、5年を経過すると、退職給付金を受給できないばかりか、それまでの被共済職員期間も無効となります。

記入例 (同一法人施設間異動・異動先が共済契約対象外施設である場合)

様式第9号-(1)

福井県民間社会福祉施設職員退職共済契約対象(外)施設等異動届

次のとおり被共済職員が  共済契約対象外施設へ異動したので  共済契約対象施設へ復帰したので 届け出ます。

法人番号	180999	法人名	社会福祉法人 福井光陽会		
会員番号	フリガナ		異動前		異動後
	氏名		施設名称	職種	施設名称 職種
1111100100	秋田 信子		福祉の社	施設長	いぶき 施設長

①契約対象外施設等異動の場合

異動日	平成 30 年 4 月 1 日							
退職する日の属する月前(退職の日が月の末日である場合は、その月以前)における被共済職員期間として計算された最後の6ヶ月に受けた給与月額(俸給表の額+調整額)								
異動前直近のものから記入	給与月額					被共済職員とならない期間(勤務日数が10日以下の月)	育児休業期間	
平成30年3月	3	0	0	0	0		出 産 日	
平成30年2月	3	0	0	0	0	無効月数		
平成30年1月	3	0	0	0	0	1		
平成29年12月	2	9	0	0	0		左の該当期間	無効月の事由(○印)
平成29年10月	2	9	0	0	0		H29.11.5 ~ H29.11.30	① 業務外の疾病 2 その他 ( )
平成29年9月	2	9	0	0	0			育児休業開始日 育児休業終了日

②共済契約対象施設等復帰の場合

契約先施設への異動日	年	月	日	職種
共済契約施設復帰年月日	年	月	日	

該当期間の開始日から終了日を記入します。なお、既に報告している期間は記入不要です。

被共済職員とならない月は記入しないでください。

所在地 福井市光陽2丁目3-22

共済契約者 社会福祉法人 福井光陽会  
理事長 福井 花子  
(事務担当者) 福井 次郎



③ 共済契約対象外施設から共済契約対象施設に異動（復帰）した場合

「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員共済契約対象（外）施設等異動届」（様式第9号-（1））に必要な事項を記入の上、県社協にすみやかに提出してください。

《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 共済契約対象(外)施設等異動届（様式第9号-（1））（46ページ参照）※要押印

《承認および確認後の通知等》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員契約対象外施設異動確認通知書

《注意事項》

契約対象施設復帰後の掛金は、復帰時の給与月額により算出されます。

記入例（同一法人施設間異動・共済契約対象外施設から共済契約対象施設に異動（復帰）した場合）

様式第9号-（1）

福井県民間社会福祉施設職員退職共済契約対象（外）施設等異動届

次のとおり被共済職員が  共済契約対象外施設へ異動したので  共済契約対象施設へ復帰したので 届け出ます。

法人番号	180999	法人名	社会福祉法人 福井光陽会		
会員番号	フリガナ		異動前		異動後
	氏名	施設名称	職種	施設名称	職種
1111100100	秋田 信子	いぶき	施設長	福祉の社	施設長

①契約対象外施設等異動の場合

異動日	年 月 日						
退職する日の属する月前(退職の日が月の末日である場合は、その月以前)における被共済職員期間として計算された最後の6ヶ月に受けた給与月額(俸給表の額+調整額)							
異動前直近のものから記入	給与月額				被共済職員とならない期間(勤務日数が10日以下の月)	育児休業期間	
年 月					無効月数	左の該当期間	
年 月					無効月の事由(○印)	出 産 日	
年 月						1 業務外の疾病	年 月 日
年 月						2 その他	年 月 日
年 月					( )	育児休業終了日	
年 月						年 月 日	

②共済契約対象施設等復帰の場合

契約対象外施設への異動日	平成30年 4月 1日	職種	復帰時の俸給表の額+調整額			
共済契約対象施設復帰年月日	平成31年 4月 1日	施設長	3	0	0	0

平成 31 年 4 月 1 日

福井県社会福祉協議会

所在地 福井市光陽2丁目3-22  
 共済契約者 社会福祉法人 福井光陽会  
 理事 福井 花子  
 (事務担当者) 福井 次郎

5年以内に対象施設に復帰すれば、合算可能です。

復帰後の掛金基礎月額となります。

## 5 新規職員の採用（追加加入）

新規職員を採用したときは、過去の医療機構退職共済と県退職共済への加入の有無を確認し、加入があった場合は、前回退職時に被共済職員期間の合算を申し出ているか確認してください。

「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員加入届」（様式第5号-（1））に必要事項を記入の上、県社協にすみやかに提出してください。

### 《提出が必要な書類》

- 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員加入届（様式第5号-（1））※要押印（43ページ参照）

### 《承認および確認後の通知等》

内容を確認後、被共済職員の会員番号を付して次の書類を送付します。

- 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員確認通知書

### 《注意事項》

新規加入職員の掛金は、加入時の給与月額（俸給額+調整額）により算出されます。給与月額の考え方は医療機構退職共済に準じます。

### 記入例（新規職員の採用（追加加入）の場合）

様式第5号-（1）

#### 福井県民間社会福祉施設職員退職共済被共済職員加入届

法人番号	180999	法人名	社会福祉法人 福井光陽会
施設番号	003	施設名	あさがお

加入者				加入年月日 (県共済)	給与月額 (俸給額+調整額) (円)	合算申出の有無 (該当に○)		福祉医療機構退職 共済加入年月日
氏名	職種	生年月日	性別			有	無	
フリガナ イカワ アツコ 石川 あつ子	コード(04) 介護職員	大昭平 8.4.20	男女 女	元号 平 30.11.1	170,000	有 ○	無	元号 平 30.11.1
フリガナ トヤマ スズオ 富山 涼夫	コード(02) 生活相談員	大昭平 63.3.26	男女 男	平 30.11.10	226,000	有 ○	無 H29.3.31	平 30.11.10
		大昭平	男女	平		有	無	
		大昭平	男女	平		有	無	
		大昭平	男女	平		有	無	
		大昭平	男女	平		有	無	
		大昭平	男女	平		有	無	
		大昭平	男女	平		有	無	
		大昭平	男女	平		有	無	

上記のとおり届け出ます。

福井県社会福祉協議会長様

平成 30年 11月 10日

所在地  
共済契約者

(事務担当者氏名

福井市光陽2丁目3-22  
社会福祉法人 福井光陽会  
理事長 福井 花子  
福井 次郎

理事長の印

「職種コード表」  
は55ページを  
ご参照ください。

新規加入職員から前  
回退職時に合算申出  
をしている旨聞いた  
場合は、必ず記載して  
ください。

医療機構退職共済の加  
入が県社協退職共済の  
加入要件です。

## 6 職員（被共済職員）が退職し、退職給付金を請求するとき

被共済職員期間が1年以上の場合、退職金を受給するか、被共済職員期間を合算するかを選択できます。共済契約者は退職する被共済職員の意向を確認し、退職金の受給を希望する場合は、下記の書類に必要事項を記入・押印の上、退職日以降に県社協にすみやかに提出してください。

### 《提出が必要な書類》

- ・ 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員退職届（様式第6号-（1））※ 要押印
- ・ 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 退職給付金支払請求書（様式第7号-（1））※ 要押印  
（44～45ページ参照）
- ・ 振込口座の通帳（写）（「銀行名」「支店名」「口座番号」「名義」がわかるページ）

### 《承認および確認後の通知等》

**共済契約者宛の通知**（給与月額、被共済職員期間、退職給付金額、振込日）

- ・ 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員退職確認通知書
- ・ 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 退職給付金支払通知書

**退職者宛**（退職給付金額、振込口座、振込日）

- ・ 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 退職給付金支払のお知らせ

### 《注意事項》

- （1）被共済職員が退職金を請求する意向である場合、共済契約者は被共済職員から「退職所得の受給に関する申告書」の提出を受けてください。同申告書は共済契約者で保管してください。なお、同申告書は医療機構退職共済の退職金請求書に添付されている申告書とは別に共済契約者が提出を受け、保管する必要があります。

申告書様式は国税庁ホームページから取得できます。<http://www.nta.go.jp>

- （2）被共済職員期間が1年未満の場合は退職給付金が支給されません。この場合、「退職給付金支払請求書」（様式第7号-（1））の提出は不要です。
- （3）退職区分が「業務上傷病、業務上死亡」の理由の場合は、現任証明書等の添付書類が必要です。詳細は事務局までお尋ねください。
- （4）「犯罪による退職」の場合は、「犯罪等の概要」（発覚した時期、犯罪等を犯した期間・回数・被害の程度）や「共済契約者の処分の状況（辞令の写）」等の書類を添付してください。「犯罪による退職」と認められる場合は、退職給付金は支給しません。
- （5）結婚等により姓が変わった場合は、氏名欄に現在の氏名、旧姓欄に旧姓を記入してください。
- （6）「給与月額」は、俸給表に定める格付本俸に給与特別改善費や特殊業務手当等俸給の調整額を加算した額です（実支給額ではありません）。医療機構退職共済に準じます。
- （7）「退職給付金支払請求書」（様式第7号-（1））の「退職者」および「振込先」の欄は退職者本人が記入する欄です。この欄について訂正が生じた場合は、本人印で訂正印を押印してください。これら以外の欄で訂正が生じた場合は、理事長印で訂正印を押印してください。

## 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員退職届

福井県社会福祉協議会長 様

下記のとおり、被共済職員が退職したので届け出ます。

平成31年1月20日

法人名	社会福祉法人 福井光陽会							
主たる事務所の所在地	〒910-9999 福井市光陽2丁目3-22 TEL(0776) 24-2339							
代表者職氏名	理事長 福井 花子			理事長 の印				
勤務していた施設又は事業所	あさがお			事務担当者		岡山		
法人番号	180999	(フリガナ) 氏 名	ワカサ マキ		旧 姓	ヤマグチ		
施設番号	006		若狭 真紀			山口		性 別
会員番号	0109990011					(変更日) 平成30年9月5日		
加入年月日	平成20年10月1日			退職年月日		平成30年11月30日		
退職区分 (該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 1 普通退職 <input type="radio"/> 2 業務上傷病、業務上死亡による退職 <input type="radio"/> 3 犯罪等による退職			1 以外は添付書類が必要です。				
合算申出の有無 (該当に○)	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無			合算の有無を必ず記入してください。				
退職する日の属する月の前月（退職の日が月の末日である場合は、その月以前）における被共済職員期間として計算された最後の6か月に受けた給与月額（俸給表の額+調整額）								
(※直近の月から記入)		給与月額 (円)			①被共済職員とならない期間（勤務日数が10日以下の月）			
平成30年11月	2	2	0	0	0	0	②育児休業期間（1/2が無効月になり） 無効月の事由（○印） 1 業務外傷病 2 その他（ ） 加入期間中の無効月を記入してください。	
平成30年10月	2	2	0	0	0	0		
平成30年9月	2	1	0	0	0	0		
平成30年8月	2	1	0	0	0	0		
平成30年6月	2	1	0	0	0	0		
平成30年5月	2	1	0	0	0	0	③平均額(総額の1/6) *1円未満端数切上げ	
合 計	1	2	8	0	0	0		

・無効月の給与は記載しませんが、育休の場合は実支給額でなく、格付された本俸月額+調整額の合計を記載します。  
 ・退職日が月末でない場合は、その前月から記載します。  
 ・加入期間が1年未満の場合、記載は不要です。

記入例 (退職給付金を請求する場合)

様式第7号- (1)

## 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 退職給付金支払請求書

福井県社会福祉協議会長 様

下記のとおり、退職給付金の支払を請求します。

平成 31 年 1 月 20 日

法人名	社会福祉法人 福井光陽会		
主たる事務所の所在地	〒910-9999 福井市光陽 2 丁目 3-22 TEL(0776) 24-2339		
代表者職氏名	理事長 福井 花子 <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">理事長の印</span>		
退職者	(フリガナ) 氏名	ワカサ マキ 若狭 真紀 <span style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">若狭</span>	生年月日 大昭和 61 年 5 月 17 日
	住所	〒910-0026 福井市光陽町 3-1-1 電話番号 (080) 4444-3333	
遺族欄	(フリガナ) 氏名	印	続柄
	住所	〒 自宅電話番号 ( )	
振込先	金融機関	福井 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 農業協同組合 信用金庫 信用組合	本店 松本 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span> 出張所 店舗コード (店番) 106
	(フリガナ) 口座名義	ワカサ マキ 若狭 真紀	口座番号 普通口座 0 0 1 2 3 4 5

退職給付金を請求する時点で名前が変わっている場合は変更後の氏名を記入してください。

本人と連絡の取れる番号を必ず記入してください。

ゆうちょ銀行の場合も店番コードと他機関から振込口座番号を必ず記入してください。

口座番号は右詰めで記入してください。

## 7 被共済職員期間の合算

被共済職員期間が1年以上の場合、退職金を受給するか、被共済職員期間を合算するかを選択できます。共済契約者は退職する被共済職員の意向を確認し、合算申出を希望する場合は、下記の《提出が必要な書類》に必要な事項を記入・押印の上、県社協にすみやかに提出してください。

### 《合算申出の条件》

下記条件（1）～（4）を満たす場合は、被共済職員の申請により前後の被共済職員期間を合算することができます。

- （1）退職した際、被共済職員である期間が1年以上あること
- （2）退職した際、退職給付金の請求を行っていないこと
- （3）退職後3年以内に再び被共済職員になること
- （4）自己の犯罪行為その他のこれに準じる重大な非行により退職した場合でないこと

### 《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員退職届（様式第6号-（1））※ 要押印  
（44ページ参照）  
「合算申出の有無」の欄の「有」を○で囲んでください。

### 《承認および確認後の通知等》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 合算申出確認通知書

### 《注意事項》

- （1）退職日から3年以内に被共済職員となったときは、合算希望であることを就職先の法人に申し出るよう退職者に伝えてください。

2019年3月31日に退職し合算を希望した場合は、2022年3月30日が合算期限となります。

- （2）合算申出をしても、退職日の翌日から5年以内で、かつ他の共済契約者に合算で加入していない限り、いつでも退職した共済契約者を通して退職給付金を請求できます。

この場合、福井県民間社会福祉施設職員退職共済 退職給付金支払請求書（様式第7号-（1））に共済契約者および本人が必要事項を記入、押印し、県社協へ提出してください。（様式第6号-（1）の再提出は不要です。）

なお、退職日の翌日から5年を経過すると被共済職員期間全てが取り消され、退職給付金の請求もできません。（民法上の時効）

※ 共済契約者は、適宜、合算申出を行ったままの退職者の状況を把握していただき、時効の防止に努めてください。また、提出した被共済職員退職届の控えは、手続きが終了するまで保存してください。

- （3）被共済職員が共済契約者間で異動（退職した日の翌日に採用）した場合は、合算申出ではなく、『3 職員（被共済職員）が別の法人に異動（転職）したとき』（12ページ）を参考に「福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員異動届（法人異動）」を提出してください。

(4) 退職届で合算申出を行い、次の勤務先である共済契約者で加入届（合算あり）を提出したときに被共済職員期間の合算手続きが完了します。

記入例（被共済職員期間を合算する場合）

様式第6号-（1）

## 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 被共済職員退職届

福井県社会福祉協議会長 様

下記のとおり、被共済職員が退職したので届け出ます。

平成 31 年 1 月 20 日

法人名	社会福祉法人 福井光陽会									
主たる事務所の所在地	〒910-9999									
	福井市光陽 2 丁目 3-22				TEL(0776) 24-2339					
代表者職氏名	理事長 福井 花子		理事長の印		印					
勤務していた施設又は事業所	あさがお			事務担当者	岡山					
法人番号	180999	(フリガナ) 氏名	トヤマ カズヨ		旧姓	アキタ 秋田		性別	男  女	
施設番号	006		富山 和代			(変更日) 平成 30 年 12 月 20 日				
会員番号	0109990012									
加入年月日	平成 23 年 10 月 1 日			退職年月日	平成 30 年 12 月 15 日					
退職区分 (該当に○)	<input checked="" type="radio"/> 1 普通退職 <input type="radio"/> 2 業務上傷病、業務上死亡による退職 <input type="radio"/> 3 犯罪等による退職									
合算申出の有無 (該当に○)	有		無		合算の有無を必ず記入してください。					
退職する日の属する月の前月（退職の日が月の末日である場合は、その月以前）における被共済職員期間として計算された最後の6か月に受けた給与月額（俸給表の額+調整額）										
(※直近の月から記入)		給与月額 (円)					①被共済職員とならない期間（勤務日数が10日以下の月）			
平成 30 年 11 月		2	2	0	0	0	0	無効月数合計	左の該当期間	無効月の事由 (○印)
平成 30 年 8 月		2	2	0	0	0	0	2ヶ月	平成 30 年 9 月 5 日 から 平成 30 年 10 月 28 日	<input checked="" type="radio"/> 1 業務外傷病 <input type="radio"/> 2 その他
平成 30 年 7 月		2	2	0	0	0	0			
平成 30 年 6 月		2	2	0	0	0	0	加入期間中の無効月を記入してください。		
平成 30 年 5 月		2	1	0	0	0	0			
平成 30 年 4 月		2	1	0	0	0	0	出産日	育児休業開始日	育児休業終了日
合 計		1	3	0	0	0	0	・無効月の給与は記載しませんが、育休の場合は実支給額でなく、格付された本俸月額+調整額の合計を記載します。 ・退職日が月末でない場合は、その前月から記載します。		
③平均額(総額の1/6) *1円未満端数切上げ		2	1	6	6	6	7			

## 8 職員の給与等を報告する

県退職共済掛金は、前年度10月1日現在の被共済職員給与月額が算定基礎額となるため、その金額確認のために年2回給与月額をご報告いただきます。

8月頃に、「給与月額調査表」にて10月1日現在の給与月額を見込でご報告いただき、翌年6月頃に「給与月額変更届」にて報告済の金額に変更等がないか確認をいただきます。(給与月額調査表は、福井県補助金算定基礎額の調査を兼ねているため、基準日前に行っています。)

その際併せて、職員の加入・退職・異動の状況、休業状況や結婚等による姓の変更なども報告いただきます。

### 《給与月額についての報告内容》

- 1 10月1日の給与月額（俸給表に定める格付本俸+調整額（特殊業務手当等））
- 2 業務従事日が10日以下の月、育児休業等の報告
- 3 氏名等の変更
- 4 加入、退職、異動等の報告

### 《提出が必要な書類》

- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 給与月額調査表 ※要押印（当該年度の給与）
- ・福井県民間社会福祉施設職員退職共済 給与月額変更届 ※要押印（前年度の給与）

### 《注意事項》

- (1) 職員の加入、退職、異動等報告に関しては、併せて加入届、退職届、異動届等の正式な届出が必要です。
- (2) 給与月額調査表は、前期掛金請求の事前調査も兼ねています。
- (3) 休業等の報告については、以前報告いただいているものは報告いただく必要はございませんが、ご不明な点がある場合等はお問い合わせください。

### 給与月額調査表の例

#### 福井県民間社会福祉施設職員退職共済 給与月額調査表

法人	180001 (福) いきいき福祉会	社会福祉法人	福井県社会福祉協議会長 様
施設	001 いきいき保育園		下記のとおり届け出ます。
施設区分	社会福祉施設	法人名	社会福祉法人 いきいき福祉会
基準日	平成30年10月01日	代表者名	理事長 福祉 次郎



項番	会員番号	会員名	職種	生年月日	性別	新給与月額	現給与月額	加入日	業務従事日が 10日以下の月 (被共済職員)	業務上の傷病 による休業期 間	育児休業をとった者	
						〔俸給額+調整額〕 〔平成30年10月1日現在〕	〔平成29年10月01日現在〕				施設加入日	出産日
1	8700100001	フクシ ハナコ	施設長	昭和32年3月15日	女	353,000	348,000	S63年4月1日 H19年4月1日				
2	8900100002	フクシ タカコ	事務員	昭和46年5月6日	男	225,000	210,000	H2年4月1日 H12年4月1日	H30.4.20~5.31 1か月			
3	0200100006	フクシ エアコ	保育士	昭和47年12月21日	女	191,000	205,000	H16年10月1日 H23年10月1日				
4	0800100006	フクシ ヨシコ	保育士	昭和62年6月1日	女	200,000	178,000	H22年4月1日			H30年3月26日出産	H30年5月22日 H31年3月31日
		フクシ 梅子	保育士	昭和51年10月12日	女	200,000		H30年9月1日				
(新給与合計)						969,000	941,000				(合計人数)	4人