

2 異動報告

1 提出時期

次の事由が生じた場合には、共済契約者（法人）において、**10日以内**に『異動報告書』にてその旨ご報告ください。

【被共済職員関係】

- (1) 新規加入者があった場合
- (2) 退職者があった場合
- (3) 同一法人内で他の施設への配置換えがあった場合
- (4) 基準給与額の変更があった場合（ただし、定期昇給の場合は除く）
- (5) 被共済職員の氏名に変更があった場合
- (6) 被共済職員に病休、育休その他の休業があった場合
- (11) 異なる法人間で継続異動した場合（『継続異動届』）

【法人・施設関係】

- (7) 法人、施設の名称又は住所に変更があった場合
- (8) 法人の解散又は合併があった場合
- (9) 施設の新設又は廃止があった場合
- (10) 施設の経営主体に変更があった場合

【お願い】 異動報告書は、月々の掛金額や掛金累計額を把握する上でも重要な書類です。提出の遅れは、それらの数字との誤差の原因となりますので、**くれぐれも漏れや誤りなく、期限内の手続きをお願いします。**

2 異動報告書の作成

- ・ 異動報告書は、A3 横判です。
- ・ 左上に、共済契約者名等を記入し、法人の代表者印を押印します。契約者番号も漏れなく記入します（施設の新設の場合、枝番は不要です）。…(a)
- ・ 左側の「1. 異動事項」の該当部分を○で囲み(b)、詳細を、それ以降の各項目に記入します。法人、施設の異動は、左下(c)、被共済職員の異動は、右側(d)になります。
- ・ 時期が重なった場合は、**1枚の用紙で複数の報告**をすることができます。

別紙第3号様式①

【記入例】

異動報告書

28年 6月10日

社会福祉法人
群馬県社会福祉協議会 会長 様

住所 群馬県〇〇市…
法人名 社会福祉法人 〇〇会
団体名 理事長 △△△△
代表者名 〇〇田
施設名 群馬県子 連絡先TEL. 027-***-****

下記のとおり異動があったので報告いたします。

契約者番号 0001-01

1. 異動事項(該当事項を○で囲む)

(1) 新規加入者 (7) 法人、施設等の名称又は住所の変更
(2) 退職者 (8) 法人の解散又は合併
(3) 増減 (9) 施設等(その他) (10) 施設等の経営主体の変更
(4) 異動 (11) 継続異動 (12) 休業
(5) 名称変更 (13) 名称・住所・その他

法人、施設等の異動事項 (7)~(11)の場合

新規・廃止等の日	名称	種類
28年 4月 30日	× × 田	特別養護老人ホーム
28年 6月 1日	群馬県〇〇市…	027-***-****
28年 6月 1日	× × デイサービスセンター	老人デイサービスセンター
28年 6月 1日	群馬県〇〇市…	027-***-****

(注)
 (1)~(10)の場合は、それぞれ当該事項を証する書類(写し可)を添付すること。
 (7)~(10)の場合は、新設・廃止等の該当事項の発生日を年月日欄に記入すること。
 (11)については、変更後の事項を記入すること。
 (個人情報の取扱いに関する注意事項)
 上記に記載された個人情報は、専ら事務連絡及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。

(1) 新規加入者

氏名	加入年月日	職別	基準給与額 (月額+月額)	加入の目的 (就業・非就業)	被共済職員としての 所属施設及び年月日	施設名称 の欄名
くま 太郎	28年 6月 1日	専業主婦	200,000円	有・無	群馬県〇〇市-対策	群馬県
野田 太郎	28年 6月 1日	専業主婦	180,000+4,000	有・無	群馬県〇〇市-対策	群馬県
佐藤 一郎	28年 6月 1日	専業主婦	250,000円	有・無	群馬県〇〇市-対策	群馬県
佐藤 一郎	28年 6月 1日	専業主婦	240,000+10,000	有・無	群馬県〇〇市-対策	群馬県

(2) 退職者

※各項目の欄には、「退職年月日欄(退職事由)」を記入してください。

氏名(職員番号)	退職年月日	退職事由	退職事由の欄名
山田 一郎	28年 4月 30日	1. 年次休暇 2. 所定外勤務 3. 請求書(理由) ()	退職事由の欄名
佐藤 一郎	28年 4月 30日	1. 年次休暇 2. 所定外勤務 3. 請求書(理由) ()	退職事由の欄名
山田 一郎	28年 4月 30日	1. 年次休暇 2. 所定外勤務 3. 請求書(理由) ()	退職事由の欄名
山田 一郎	28年 4月 30日	1. 年次休暇 2. 所定外勤務 3. 請求書(理由) ()	退職事由の欄名

(3) 継続異動

※各項目の欄には、「継続異動年月日欄(継続事由)」を記入してください。

氏名(職員番号)	異動年月日	異動事由(施設番号)	異動事由の欄名
山田 一郎	28年 6月 1日	× × 群馬県〇〇市-〇〇	250,000円 180,000+4,000

(4) 基準給与額の変更(雇用形態の変更・職別の変更・その他 請求書添付時必用)

氏名(職員番号)	変更年月日	変更事由 (就業形態・職別・その他)	変更前 → 変更後	変更事由の欄名
山田 一郎	28年 6月 1日	就業形態 1. 職別 2. その他 ()	180,000円 180,000+4,000	就業形態 1. 職別 2. その他 ()

(5) 氏名変更

氏名(職員番号)	変更年月日	職別	職別の欄名
山田 一郎	28年 4月 30日	専業主婦	28年 4月 30日
山田 一郎	28年 4月 30日	専業主婦	28年 4月 30日
山田 一郎	28年 4月 30日	専業主婦	28年 4月 30日

(6) 休業(病休・育休・その他)

氏名(職員番号)	休業の期間 (2028年 月 日)	休業事由の欄名
山田 一郎	28年 4月 30日	28年 4月 30日
山田 一郎	28年 4月 30日	28年 4月 30日
山田 一郎	28年 4月 30日	28年 4月 30日

(1) 新規加入者があった場合

cf. Q23, 25, 26, 30

《記入例》

(1)新規加入者		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	
(ふりがな) 氏名	性別	加入年月日 生年月日	職種	本俸月額 (俸給+調整)	3年以内に 被共済職員で あったことの有無	被共済職員でなくな った理由及び年月日	退職手当金 の請求
(ぐんま たろう) 群馬 太郎	男 女	H28年 5月 1日 S57年 8月 12日	指導員	200,000円 (192,000+8,000)	有・無	退職・解除・合算・対象外 年月日	無・未・既
(とね ゆきえ) 利根 雪江	男 女	H28年 5月 1日 S51年 12月 3日	介護支援 専門員	250,000円 (240,000+10,000)	有・無	退職・解除・合算・対象外 H27年 1月 25日	無・未・既

(a) 「職種」 以下から該当するものを選んでご記入ください。

記入する職種	呼称の例
1. 施設長	園長・所長・寮長・院長
2. 指導員	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
3. 保育士	保育士・保育教諭・児童生活支援員・児童自立支援専門員
4. 介護職員	介護職員・寮母・寮父・ケアワーカー
5. 医師	医師
6. 看護師	看護師・准看護師・保健師
7. 訓練指導員	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・言語機能訓練担当職員
8. 栄養士	栄養士
9. 調理員	調理員・調理師
10. 事務員	事務員・事務長・副施設長・副園長
11. 介助員	介助員
12. ホームヘルパー	ホームヘルパー・世話人
13. 介護支援専門員	介護支援専門員・ケアマネジャー
14. その他	上記のいずれにも該当しないもの 例) 運転手・用務員・薬剤師・守衛・ボイラー技士

(b) 「本俸月額（俸給月額+調整額）」 ※ 国の退職金と同様です。

ア 俸給月額 俸給表に定める格付本俸

イ 調整額 給与特別改善費又は特殊業務手当等

cf. Q28, 29

(c) 「3年以内に被共済職員であったことの有無」

どちらかを○で囲んでください。「有」の場合は、(d)及び(e)も記入します。

(d) 「被共済職員でなくなった理由及び年月日」

次のいずれかを○で囲み、その退職年月日をご記入ください。

『退職』：合算を申し出ずに退職した場合（1年未満で退職した場合も含む）

『解除』：共済契約の解除に伴い被共済職員でなくなった場合

※契約解除日から5年以内に復帰し、引き続き1年以上被共済職員であったときは、前後の期間が通算されます。

『合算』：合算を申し出て退職した場合（=合算復帰）

『対象外』：対象外施設への異動により退職した場合（=対象外施設からの復帰）

(e) 「退職手当金の請求」

次のいずれかを○で囲んでください。

『無』：1年未満で退職した場合、「解除」、「合算」、「対象外」の場合

『未』：「退職」で、まだ退職手当金を請求していない場合

→ この場合、合算申出に切り替えられる場合もあります。

『既』：「退職」で、既に退職手当金を請求している場合

→ この場合、合算申出に切り替えることはできません。

(2) 退職者があった場合

≪記入例≫

		(a)	(b)	(c)
(2)退職者				
氏名〔職員番号〕	退職年月日	退職手当金の請求	請求なしの場合、その理由(該当事項を○で囲む)	福利厚生は継続
赤城 花子 〔 007 〕	H28年 4月 30日	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	1. 1年未満 2. 所在不明 3. 請求放棄(理由:) 4. 合算申出 5. 対象外施設へ異動 6. その他()	<input checked="" type="checkbox"/>
様名 みどり 〔 012 〕	H28年 4月 25日	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	①1年未満 2. 所在不明 3. 請求放棄(理由:) 4. 合算申出 5. 対象外施設へ異動 6. その他()	<input type="checkbox"/>
吾妻 一郎 〔 016 〕	H28年 4月 30日	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	1. 1年未満 2. 所在不明 3. 請求放棄(理由:) ④合算申出 5. 対象外施設へ異動 6. その他()	<input type="checkbox"/>

(a) 「退職手当金の請求」

どちらかを○で囲んでください。

『有』：被共済職員期間が1年以上あり、退職手当金を請求する場合

→ 退職手当支払資金請求書、給付金請求書(退職慰労金)及び退職手当請求書・退職届(国の退職金)も併せて提出してください。
(継続雇用などで給付金のみ不請求(継続)も可)

『無』：この場合は、(b)も記入します。

(b) 「請求なしの場合、その理由」

次のいずれかを○で囲んでください。

『1. 1年未満』：被共済職員期間が1年未満のため請求できない場合

→ この場合、退職手当金の請求も、合算の申出もできません。

『2. 所在不明』：被共済職員が所在不明になってしまった場合

→ この場合でも退職日から5年以内であれば、退職手当金等の請求は可能です。

『3. 請求放棄』：被共済職員が退職手当金の請求を放棄した場合

→ 放棄した理由もご記入ください。なお、この場合でも退職日から5年以内であれば、退職手当金等の請求は可能です。

『4. 合算申出』

cf. Q9, 23

：被共済職員としての在籍期間が1年以上で、退職手当金等を請求せず、3年以内(平成28年3月31日以前の合算については2年以内)に再び被共済職員となる予定である場合(被共済職員期間の合算を希望する場合)

→ 3年以内に被共済職員にならなかった又はならない場合、退職手当金等の請求ができます(但し、退職日から5年以内に限る)ので、その旨退職者にご説明ください。

cf. Q22

『5. 対象外施設へ異動』

：同一法人内の対象外施設(国の退職金に未登録の施設及び県外に所在する施設)

に異動する場合
『6. その他』

(c) 「福利厚生は継続」

以下に該当する場合は、チェックを入れてください。

- ① 定年退職や雇用契約内容の変更により退職手当金は請求するが、引き続き同一法人内で加入するので、退職慰労金は請求せず、福利厚生部分（退職慰労金等の計算期間）は継続する場合（**制度上の退職**）
- ② 継続異動先が共済法適用外施設のため、退職手当金は請求するが、退職慰労金は請求せず、福利厚生部分は継続する場合（この場合、継続異動届も必要）

(3) 同一法人内で他の施設への配置換えがあった場合

《記入例》

(3)配置換え ※別々の法人間での継続異動の場合は、「共済契約者間継続職員異動届」を使用してください。

(a)

氏名〔職員番号〕	異動年月日	異動前施設〔施設番号〕 → 異動後施設〔施設番号〕	異動後の本俸 (俸給+調整)
山川 海子 〔 027 〕	H28年 5月 1日	××養護老人ホーム → ××特別養護老人ホーム 〔 02 〕 〔 01 〕	250,000円 (240,000+10,000)

(a) 異動後の本俸月額が従前の本俸月額と異なる場合、それ以降は、異動後の本俸月額に基づく掛金額に変更となります。

<掛金額の変更月> 異動が1日の場合：その月分から
それ以外の場合：翌月分から

※ 配置換えは、配置換え後の施設においてご提出ください。

(4) 基準給与額の変更があった場合（但し、定期昇給の場合は除く）

《記入例》

(4)基準給与額の変更(雇用形態の変更・職種の変更・その他 ※定期昇給は除く。)

(b)

氏名〔職員番号〕	変更年月日	(a) 変更の理由 (該当事項を○で囲む)	変更前 → 変更後	変更後の本俸 (俸給+調整)
白根 登 〔 021 〕	H28年 5月 1日	①雇用形態 2. 職種 3. その他()	日給 → 月給	180,000円 (180,000+ 0)

(a) 「変更の理由」

いずれかを○で囲んでください。

『1. 雇用形態』：変更の理由が雇用形態の変更に伴うものである場合

例) 常勤職から非常勤職へ、時間給から月給へ

『2. 職種』：変更の理由が職種の変更に伴うものである場合

例) 事務員から介護職員へ

『3. その他』：()内に具体的な理由をご記入ください。

例) 不定期昇給 ※定期昇給は報告事由ではありません。

(b) 「変更前→変更後」

変更理由の具体的な内容をご記入ください。

例) パート→正規職員、事務員→事務長

※ 雇用形態等の変更はあったが、**基準給与額に変更がない場合は、報告不要**です。

※ 雇用形態等の変更により給与額が減少したため「制度上の退職」とする場合は、「2.退職者」及び「1.新規加入者」として報告してください。

(5) 被共済職員の氏名に変更があった場合

《記入例》

(5)氏名変更

(ふりがな) 氏名〔職員番号〕	変更年月日	旧姓
(あさま みねこ)	H28年 4月 29日	様名
浅間 嶺子 [005]		

(6) 被共済職員に病休、育休その他の休業があった場合

《記入例》

(6)休業(病休・育休・その他) (a) (b)

氏名〔職員番号〕	休業の種類	休業期間 (ならない月)
妙義 次郎 [002]	病休 (業務外)	H27年12月15日 ～H28年4月27日 (H28.1～4)
三山 良子 [032]	育休	H27年8月5日 ～H28年4月20日 (H27.8～28.4)

(a) 「休業の種類」

休業の理由をご記入ください。 例) 病休(業務外)、病休(業務上)、育休

(b) 「休業の期間(ならない月)」

報告する休業の開始と終了日を記入し、()内には、そのうち「ならない月」を記入してください。育休の場合は、「育休となる月」を記入してください。

※ 共済法適用外施設においては、この報告は必要ありません。

※ 休業により「ならない月」が発生した場合に報告してください。但し、業務上の傷病に伴う休業の場合は、「ならない月」には該当しませんが、報告してください。

※ 産前産後休業期間は、なる月に該当するので報告は不要です。

※ 報告は、休業期間が確定した時から10日以内をお願いします。

例) 育児休業の報告：・育児休業から復帰した日
・次の子の産前休業に入った日
・復帰せずに退職した日

※ これらの休業期間中については、仮に無給の場合でも掛金の納入は必要ですが、それによって、福利厚生給付金の退職慰労金や長期勤続者慰労金等の加入期間計算上は除算されませんし、休業期間中にも傷病見舞金等の給付事由が生じた場合は給付金を請求できます。

但し、退職手当金の算定上は全部又は一部が除算されます。(育休は1/2)

(7) 法人、施設の名称又は住所に変更があった場合

《記入例》

法人、施設等の異動事項 (7)～(11)の場合

新設・廃止等の年月日	名称	種別
H28年 4月 30日	××園	特別養護老人ホーム
住所		連絡先
〒****-**** 群馬県〇〇市…		027-****-****

※ 変更日及び変更後の情報を記入し、変更した事項を○で囲んでください。

※ 変更日及び変更後の情報が確認できる書類を添付してください。

(8) 法人の解散又は合併があった場合

《記入例》

法人、施設等の異動事項 (7)~(11)の場合

新設・廃止等の年月日	名 称	種 別
H28年 4月 30日	社会福祉法人 ××会	
住 所	連絡先	
〒***-**** 群馬県〇〇市…	027-***-****	

- ※ 解散・合併日及び解散した法人の情報又は合併後の法人の情報を記入してください。
- ※ 解散・合併日及び解散・合併が確認できる書類を添付してください。
- ※ 解散・合併によって、法人（共済契約者）が対象施設の経営者でなくなりますので、「2. 退職者」も併せて報告してください。

(9) 施設等の新設又は廃止があった場合

cf. Q17, 18, 21

《記入例》

法人、施設等の異動事項 (7)~(11)の場合

新設・廃止等の年月日	名 称	種 別
H28年 4月 30日	××園	特別養護老人ホーム
住 所	連絡先	
〒***-**** 群馬県〇〇市…	027-***-****	

- ※ 新設・廃止日及び新設・廃止する施設の情報を記入してください。
- ※ 新設・廃止日及び新設・廃止が確認できる書類を添付してください。
- ※ 新設の場合は、「1. 新規加入者」、「3. 配置換え」又は「継続異動」も併せて報告してください。
- ※ 廃止の場合は、「2. 退職者」、「3. 配置換え」又は「継続異動」も併せて報告してください。

(10) 施設の経営主体に変更があった場合

《記入例》

法人、施設等の異動事項 (7)~(11)の場合

新設・廃止等の年月日	名 称	種 別
H28年 4月 30日	社会福祉法人 ××会	
住 所	連絡先	
〒***-**** 群馬県〇〇市…	027-***-****	

- ※ 変更日及び変更後の経営主体の情報を記入してください。
- ※ 変更日及び変更が確認できる書類を添付してください。
- ※ 変更前の被共済職員は、変更後の経営主体の被共済職員としてそのまま移管します。
- ※ 法人の代表者が変更した場合は、報告不要です。但し、退職手当支払資金の交付先〇座の名義に変更が生じる場合は、直後の「退職手当支払資金請求書」作成時に、「振込先」欄で変更をお知らせください。