

A2

資格喪失（退職）届 兼 任用・雇用形態の変更に伴う資格変更届

令和 年 月 日

地方職員共済組合大阪府支部長 様  
下記のとおり、届け出します。

※白抜き文字の項目は記入不要

|                    |                                                                                   |                                                              |  |                                                                                                           |                                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. 組合員情報・届出内容      |                                                                                   | 届出時の所属機関                                                     |  |                                                                                                           |                                                               |
| 組合員番号              | 地・大阪                                                                              |                                                              |  | 現組合員種別                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 一般組合員 <input type="checkbox"/> 短期組合員 |
| フリガナ               |                                                                                   |                                                              |  | 生年月日                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| 氏 名                |                                                                                   |                                                              |  |                                                                                                           |                                                               |
| 届出内容<br>(右の何れかを選択) | <input type="checkbox"/> 資格喪失(退職等)<br>※下記 2. ウに該当される場合です<br>(退職日等を記入)<br>令和 年 月 日 |                                                              |  | <input type="checkbox"/> 資格変更(営利法人派遣含む)<br>※下記 2. ア、イに該当される場合です<br>(新たな任用・雇用形態となる日(採用年月日)を記入)<br>令和 年 月 日 |                                                               |
| 資格喪失証明書の発行         |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |  |                                                                                                           |                                                               |

2. 届出後の就職、異動（任用・雇用形態の変更）等の予定  
※ 該当する項目をチェック（■を選択）し、必要事項を記入してください。

|                          |                              |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                            |         |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | ア.大阪府庁に<br>再任用・就職等           | 任用形態                                     | <input type="checkbox"/> 常勤職員・任期付職員 <input type="checkbox"/> 再任用フルタイム <input type="checkbox"/> 再任用短時間 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員※                                                                                                                   | ※加入要件確認 |
|                          |                              | 所 属 名                                    | ( )                                                                                                                                                                                                                                                        |         |
| <input type="checkbox"/> | イ.独法等に<br>(右記の所属)<br>再雇用・就職等 | 雇用形態                                     | <input type="checkbox"/> 常勤職員 <input type="checkbox"/> 再雇用フルタイム <input type="checkbox"/> 任期付職員<br><input type="checkbox"/> 臨時的任用職員 <input type="checkbox"/> 再雇用短時間※ <input type="checkbox"/> 短時間勤務非常勤職員※<br><input type="checkbox"/> フルタイム 非常勤職員/会計年度任用職員※ | ※加入要件確認 |
|                          |                              | 所 属 名                                    | <input type="checkbox"/> 大阪府立病院機構 ( センター ) <input type="checkbox"/> 大阪産業技術研究所<br><input type="checkbox"/> 大阪健康安全基盤研究所 <input type="checkbox"/> 大阪環境農林水産総合研究所<br><input type="checkbox"/> 関西広域連合 <input type="checkbox"/> 地方職員共済組合大阪府支部                     |         |
| <input type="checkbox"/> | ウ.その他                        | <input type="checkbox"/> 民間等に<br>就職      | 令和 年 月 日付 ( )<br>連絡先: -                                                                                                                                                                                                                                    | へ就職(予定) |
|                          |                              | <input type="checkbox"/> 上記以外(例:無職、未定など) |                                                                                                                                                                                                                                                            |         |

＜ご連絡先＞

|                                |        |                                                                                       |          |
|--------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 現住所                            | (フリガナ) |                                                                                       |          |
| 日中の連絡先                         |        | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他: |          |
| ※住所、連絡先に変更予定がある場合は以下に記入してください。 |        | 変更予定時期                                                                                | 令和 年 月 頃 |
| 新しい住所                          | (フリガナ) |                                                                                       |          |
| 新しい連絡先                         |        | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他: |          |

|               |                      |                                                                                    |                                                                           |                     |                                                                 |
|---------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 共済<br>処理<br>欄 | (受付)                 | <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 資格継続<br>(CSV到着日 / 異 到着日 / ) | 種別変更<br><input type="checkbox"/> 短期 ⇒ 一般 <input type="checkbox"/> 一般 ⇒ 短期 | 3号<br>要・不要<br>到着日 / | <input type="checkbox"/> 所属所変更<br><input type="checkbox"/> 関連付け |
|               | 共済システム登録<br>令和 年 月 日 |                                                                                    | 資格喪失証明書発行<br>令和 年 月 日                                                     |                     |                                                                 |
|               |                      |                                                                                    |                                                                           |                     |                                                                 |



## 【参考】組合員種別等について

令和4年10月の短時間勤務職員の加入や事業主の任用・雇用制度の多様化に伴い、ご自身の組合員種別が分かりにくい場合があります。下記に組合員種別や加入要件などの概要を整理していますので、退職や任用・雇用形態の変更に伴う共済手続きを行っていただくにあたっての参考としてください。

※ご自身の組合員種別が不明の場合は、事業主の共済・社会保険担当者又は地共済大阪府支部資格担当にお問い合わせください。

### （１）地共済組合員種別

- ・一般組合員：健康保険（短期給付）及び年金（長期給付）とも地共済に加入。
- ・短期組合員：健康保険（短期給付）のみ地共済に加入。年金は日本年金機構（年金事務所）に加入。

### （２）地共済加入要件

|            |                                                                                                |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康保険（短期給付） | ①労働時間：週20時間以上勤務<br>②賃金(報酬)：月額賃金（報酬）88,000円以上<br>③雇用期間：継続して2か月を超える見込み（学生を除く）<br>⇒ ①～③のいずれも満たす場合 |
| 年金（長期給付）   | ・各事業主（所属所）の常勤職員<br>・常勤職員と同様の労働時間で任用・雇用された方                                                     |

### （３）地共済組合員となる事業主の範囲

- ・大阪府（副首都推進局、大阪港湾局、万博推進局及び教育庁を除く）
- ・大阪府立病院機構、大阪健康安全基盤研究所、大阪環境農林水産総合研究所及び大阪産業技術研究所
- ・関西広域連合（派遣元府県市の各共済に加入者を除く）及び地共済大阪府支部

### （４）任用・雇用形態別組合員種別

| 組合員種別 | 任用・雇用形態<br>(一般的な名称で記載しています)                                                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一般組合員 | ・常勤職員<br>・再任用（雇用）フルタイム職員<br>・任期付フルタイム職員（※1）<br>・会計年度任用職員（フルタイムに限る）（※2）<br>・常勤的非常勤職員（※2）<br>★常勤職員の勤務すべき時間以上勤務した日が1か月に18日以上ある非常勤職員を共済では「常勤的非常勤職員」といいます。ご不明な方は所属の担当に確認してください。    |
|       | ※1：継続した任用（雇用）が2か月を超える見込みの方<br>※2：継続した勤務期間が1年を超えたフルタイムの方                                                                                                                       |
| 短期組合員 | ・再任用（雇用）短時間勤務職員（※3）<br>・臨時的任用職員（※3）<br>・任期付短時間勤務職員（※3）<br>・会計年度任用職員（※3）<br>・常勤的非常勤職員（※3，4）<br>★常勤職員の勤務すべき時間以上勤務した日が1か月に18日以上ある非常勤職員を共済では「常勤的非常勤職員」といいます。ご不明な方は所属の担当に確認してください。 |
|       | ※3：継続した任用（雇用）が2か月を超える見込みの方<br>※4：継続した勤務期間が1年以下のフルタイムの方                                                                                                                        |