

代行返上に係る同意書
作成要領
(労働組合なしの事業所様)

平成28年10月

東京都私的病院厚生年金基金

- 事業主様にご提出・取りまとめいただく同意書等は下表のとおりです。下表をご確認のうえご提出いただくようお願いいたします。（なお、労働組合のある事業所様の場合、ご提出いただく同意書が異なりますので、基金事務局より別途ご案内いたします。）
- 新制度の認可申請には、「全事業主様及び各事業所ごとにそれぞれ2/3以上の加入員の同意」が必要です。新制度移行へ向け、事業主の皆様のご理解・ご協力を賜りますよう、何卒よろしく願いいたします。

※1つの事業所様でも同意書をご提出いただけない場合は、代行返上が出来なくなります。

ご提出期限：平成28年12月15日（木）

【ご提出物一覧】

種別	書類番号	必要書類	記入例ページ
(1) 事業主様記入	①	過去返上に係る事業主の同意書	8
	②	労使合意に至るまでの経緯	9
	③	厚生年金保険被保険者の過半数を代表する者の証明書	10
(2) 事業主様取りまとめ	加入員	④ 過去返上及び給付減額に係る加入員の同意書	11
	加入員代表	⑤ 厚生年金保険被保険者の過半数代表者によるDB移行の同意書	12

(1)事業主様にご記入いただく書類

①:過去返上に係る事業主の同意書 P8

- ・全事業主が対象(1法人で複数適用事業所の場合も1部)です。

②:労使合意に至るまでの経緯 P9

- ・全事業主が対象(1法人で複数適用事業所の場合も1部)です。
- ・新制度移行、減額等について加入員の合意を得た経緯を記載ください。

③:厚生年金保険被保険者の過半数を代表する者の証明書 P10

- ・適用事業所単位で作成ください。
- ・過半数代表者の選出方法については、次頁をご参照ください。

(2)事業主様に取りまとめいただく書類

④:過去返上及び給付減額に係る加入員の同意書 P11

- ・適用事業所単位かつ給付減額事由の区分(「60歳未満」「60歳以上」の2区分)単位で加入員の2/3以上の同意書をご提出ください。
- ・年齢欄は、平成29年5月1日現在の年齢を記載ください。
- ・同意書は1人1枚ですので、人数分コピーして配布下さい。

⑤:厚生年金保険被保険者の過半数代表者によるDB移行の同意書 P12

- ・適用事業所単位で作成ください。
- ・過半数代表者の選出方法については、次頁をご参照ください。

1. 「過半数代表者の選出方法」について(書類番号③及び⑤)

- 過半数で組織された労働組合がない場合、「厚生年金保険被保険者(※)の過半数を代表する者」を選出し、当該代表者の同意書をご提出いただきます。
※ 新制度への加入・非加入にかかわらず、厚生年金保険被保険者全員を母数とした過半数代表者の選出が必要です。
- 過半数代表者の選出方法は、「投票」または「挙手」によりお願いします。(被保険者1名の場合を除く)
- 過半数代表者は次の順番で選出をお願いします。

(就業規則等を労働基準監督署に届出する際に選出する「代表者」と同基準です)

- 第1順位：管理監督の地位にない者
⇒役職のない者、係長以下の者 等
- 第2順位：被保険者全員が管理監督の地位にある者(※)の場合、その管理監督者(通常、役職が下の方)

【(※) 管理監督の地位にある者】

一般的には部長・工場長等労働条件その他の労務管理について経営者と一体的な立場にある者をいいます。名称にとらわれず、実態に即して判断ください。また、管理監督の地位にある者を代表者として選出する場合、以下のように理由書が必要となりますので基金あて連絡ください。

◀厚生年金保険被保険者が少数の事業所における過半数代表者の選出時の留意点▶

- 事例①～③のように厚生年金保険被保険者が全員管理監督の地位にある者の場合、理由書の添付が必要になります。(該当の場合、基金事務局までご連絡願います。)
- 事例④のように管理監督の地位にない者が1名しかいない場合であっても、被保険者が複数名いる場合は「投票」または「挙手」による選出が必要です。

厚生年金保険被保険者の状況(例)	過半数代表者となるべき者	証明書の「選出方法」の記載例	理由書
①事業主1名	事業主	一人事業所	要 (6P参照)
②理事長・役員のみ	管理・監督の地位にある者から選出	投票・挙手 (法令上どちらかの選出方法が必要)	要 (7P参照)
③理事長・役員・部長			
④理事長・役員・職員1名	職員	投票・挙手 (管理・監督の地位にない者が1名しかいないが、厚生年金保険被保険者は複数名いるので、法令上の選出<投票・挙手>が必要。任命は不可)	—
⑤職員1名 (事業主;70歳超)	職員	厚生年金保険被保険者が1名の事業所につき当該厚生年金保険被保険者が過半数代表者となるもの	—

2. その他留意事項

- 次ページ以降に、それぞれの書類の作成上の留意事項を記載しております。
- 事業主様におかれましては、以下の事項にご留意いただき、「事業主」及び「加入員」の書類を作成いただきますようお願い申し上げます。
- ✓ 各同意書の日付は、作成日をご記入ください。ただし、以下の書類を作成いただく際には、日付の前後関係にご注意ください。

(同意取得日・証明書等作成日の前後関係)

書類番号④ ⑤ 加入員・代表者の同意日	書類番号③ 過半数代表者の事業主証明日	書類番号② 労使合意の経緯書作成日
②労使合意の経緯書に記載された最終説明日以降の日	過半数代表者の同意日以降の日	最終説明日以降の日

※各書類の作成日が上記と相違する場合、再度作成をお願いすることとなりますのでご注意ください

- ✓ 各同意書に記載する人数は、作成日時点での人数をご記入ください。
- ✓ 加入員氏名、過半数代表者の署名は自筆に限ります(ゴム印及びパソコン等による印字は不可)。押印は認印で構いません。また、外国人等で印鑑押印の習慣が無い方はサインで結構です。
- ✓ 適用事業所が複数の場合(掛金納入告知書が1社で複数枚発行されている場合が該当)、③、④、⑤の書類は適用事業所毎に作成、ご提出いただくようお願いいたします。
- ✓ 同意書は整い次第、できるだけセットで基金事務局へご提出いただくようお願いいたします。
- ✓ 労働協約等の不利益変更に係る訴訟リスク回避の観点もあり、各同意書とも、取得率100%を目標としていますので、ご協力をお願いいたします。

(ご提出先・ご照会先)

東京都私的病院厚生年金基金
〒113-0034

東京都文京区湯島3丁目13番8号
TEL:03-3833-7451

<代表者のみの事業所>

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

実施事業所名称 医療法人社団 ○○病院

管理監督の地位の者が過半数代表者となる理由

当病院における厚生年金保険被保険者は、代表者のみであるため、当該代表者を過半数代表者として
います。一方、当該代表者は、管理監督の地位にある者であり、確定給付企業年金法施行規則第3条第
1項第1号により、過半数代表者となれない者です。

しかし、本件は、同法施行規則第3条第2項に該当し、厚生年金保険被保険者が1名のみとなる場合
は、同条第1項第2号に該当すると考えます。

以 上

<管理監督の地位の者のみの事業所>

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

実施事業所名称 医療法人社団 ○○病院

管理監督の地位の者が過半数代表者となる理由

当病院における厚生年金保険被保険者は、役員（及び管理監督の地位の職員）のみであるため、当該管理監督の地位の者の中から選出した者を過半数代表者としています。

なお、当該過半数代表者は、確定給付企業年金法施行規則第3条第2項に基づき、同条第1項第2号に定める方法により選出しております。

以 上

過去返上に係る事業主の同意書

様式 (1)-①

平成 年 月 日

東京都私的病院厚生年金基金
理事長 須藤 祐司 殿

・法人単位で作成
・登記簿上の住所・名称

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇 1-2-3
事業所名称 医療法人社団 〇〇病院
事業所主名 理事長 〇〇 〇〇 印

事業主及び加入員等の同意について

上記事業所の事業主として、次の事項について通知します。

1. 東京都私的病院厚生年金基金が、確定給付企業年金へ移行することについて事業主として同意します。
2. 1. について、当事業所の加入員_____〇〇名中_____〇〇名の同意があったことを証明します。
3. 労働組合の有無について・・・ 有・無 (該当する方を○で囲んでください)
「有」で加入員の3分の1以上で組織する労働組合の場合は、「労働組合の同意について」のご提出も必要となります。

労働組合「有」の場合

① 労働組合名称_____ 加入員_____名中_____名加入

② 労働組合名称_____ 加入員_____名中_____名加入

以上

労使合意に至るまでの経緯

様式 (1)-②

平成 年 月 日

事業所名称 医療法人社団 ○○病院

法人単位で作成

労使合意に至るまでの経緯

当病院が加入する東京都私的病院厚生年金基金は、公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の趣旨に沿って、これまで同様、加入員に対しての老後の所得保障を行なう業界の年金制度の維持を図るため、代行部分を国に返上し、企業年金としての独自の加算部分を確定給付企業年金制度へ移行する方針を代議員会において議決した。

これまでの一連の検討経過については、下記のとおり随時職員に説明を行い、理解を得たところである。今後、当社の福利厚生制度・退職金制度として、厚生年金基金を代行返上し後継制度である東京都私的病院企業年金基金（仮称）に移行することについて合意に至った。

記

説明会開催日等	説明対象	説明内容等	意見・質問等
平成 27 年 ○月 ○日 ～ ○月 ○日 合計 ○回開催	全職員	厚生年金基金の代行返上方針議決を受け、基金の現状・今後の選択肢について〈基金便り・事業主説明会資料〉を用い〈社内広報・通達・掲示板への掲載・社内電子媒体による配信〉により周知し、代行返上方針について理解を得た。	特になし
平成 28 年 10 月 ○日 ～ 10 月 ●日 合計 ○回開催	全職員	平成 29 年 5 月 1 日付代行返上による、制度移行・企業年金基金設立の同意書作成手続きについて説明。 後継制度における代行部分を超える基本プラスアルファの廃止・終身年金の廃止等代行返上に伴う変更点及び変更に伴う給付減額の説明を行い、代行返上による企業年金基金への移行について意見を求め、特に意見もなく合意した。 なお、欠席者には後日資料を配布し内容の周知を図った。	特になし

以上

＜労使合意に至るまでの経緯作成要領＞

- 職員や労働組合にご説明いただいた内容に合わせて適宜修正ください。
- ポイントは、労使合意の経緯として下記事項が客観的にわかるように記載されていることです。

「職員（労働組合）に対して、基金からの提供された説明会資料等に基づき、代行返上による制度移行や基本プラスアルファ廃止・終身年金廃止等移行後の変更点及びその影響等の説明を行ったこと」

「当該説明により、加入することに合意を得られたこと」

- 一同に会する説明会の開催が困難な事業所様においては、グループリーダーあて等の説明、グループリーダー等から各グループの加入員へ説明する方法等も説明会に準じるものとしてお取扱ください。

厚生年金保険被保険者の過半数を代表する者の証明書

様式 (1)-③

証 明 書

下記の者が当確定給付企業年金実施事業所の厚生年金保険被保険者の過半数を代表する者として正当に選出された者であることを証明します。

記

1. 所 属

所属がない場合は「なし」と記入

2. 役 職

役職がない場合は「なし」と記入

3. 氏 名

4. 住 所

過半数代表者の自宅住所

5. 選出方法 < 投 票 ・ 挙 手 ・ 一人事業所 >

該当事項を○で囲む

以 上

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日 過半数代表者同意日以降の日

厚生労働大臣 殿

実 施 事 業 所 名 医療法人社団 ○○病院

事 業 所 住 所 東京都○○区○○ 1-2-3

事 業 主 名 医療法人社団 ○○病院

理事長 ○○ ○○

印

・適用事業所単位で作成
・登記簿上の住所・名称

過去返上及び給付減額に係る加入員の同意書

様式 (2)-④

平成 年 月 日

労使合意経緯書最終説明日
以降の日

東京都私的病院厚生年金基金
理事長 須藤 祐 司 殿

適用事業所名を記載

(実施事業所名 医療法人社団 ○○病院)

同 意 書

1. 代行返上に係る同意

東京都私的病院厚生年金基金が確定給付企業年金に移行することについて同意します。

氏 名(自署) _____ ○ ○ ○ ○ ⑩

2. 移行に伴う制度変更に係る同意

東京都私的病院厚生年金基金が確定給付企業年金に移行することに伴い、以下の制度変更を実施することにより給付減額となることについて同意します。

氏 名(自署) _____ ○ ○ ○ ○ ⑩

(平成 29 年 5 月 1 日時点の年齢 _____ ○○ 歳)

(1) 代行返上時 60 歳未満の者

- ① 厚生年金基金の基本部分のうち代行部分を超える年金給付を廃止すること。
- ② 厚生年金基金の加算部分のうち加算年金の支給形態について「15 年保証終身年金」を「支給開始時の年齢に応じた確定年金 (20 年・15 年・10 年・5 年の選択制)」へ変更すること。
- ③ 加入者期間における利息クレジットの率を「財政再計算による掛金適用日の前年 12 月末日以前 10 年間に発行された 10 年物国債の応募者利回りの平均 (小数点以下第 2 位を四捨五入)」を「毎年、その前年 12 月末日以前に発行された 10 年物国債の応募者利回りの 5 年平均と 1 年平均のどちらか低い率 (小数点以下第 2 位を四捨五入) を 4 月から 1 年間適用する」とし、利息クレジットの上下限について「上限 5.5%、下限 2.0%」を「上限 4.0%、下限 0.0%」へ変更すること。
- ④ 厚生年金基金の加算部分の年金給付利率について、2.5% を 2.0% へ変更すること。
- ⑤ 年金 (老齢給付金) の支給要件における年齢について、「生年月日及び性別に応じた支給開始年齢」を「一律 65 歳」へ変更すること。
- ⑥ 年金 (老齢給付金) の支給要件における加入者期間について、「加入者期間 10 年以上」を「65 歳到達時点までの加入者期間 10 年以上」へ変更すること。

(2) 代行返上時 60 歳以上の者

- ・ 代行返上後の加入者期間について、上記(1)①、②、③、④、⑤及び⑥ (受給権取得分を除く。) へ変更すること。

以 上

※注. 加入員氏名は自署で記入ください。ご捺印を必ずお願いします。(シャチハタ印も可。また、外国人等で印鑑押印の習慣が無い方はサインも可。)

厚生年金保険被保険者の過半数代表者によるDB移行の同意書

様式 (2)-⑤

平成 年 月 日

東京都私的病院厚生年金基金
理事長 須藤 祐 司 殿

労使合意経緯書最終説明日
以降の日

適用事業所単位で作成

(実施事業所名称 医療法人社団 ○○病院)

被保険者代表 ○ ○ ○ ○ 印
(自 署)

同 意 書

東京都私的病院厚生年金基金が確定給付企業年金に移行すること及び規約の内容について、
確定給付企業年金法第3条第1項の規定に基づき被保険者代表として同意します。

以 上