

退職手当共済契約解除通知書

(約款様式第13号)

平成 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	Ⓜ		
↑ 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	— —
解除年月日		平成 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>

- 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。
- 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>

- 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。
- 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。

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		
			昭和 平成	年	月	日	平成	年		月	日
1			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
2			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
3			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
4			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
5			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
6			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
7			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
8			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
9			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
10			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
11			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
12			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
13			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
14			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
15			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
16			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
17			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
18			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
19			昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	印
20			昭和 平成	年	月	日	平成	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。

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 <small>(現証明書を添付してください)</small>	1 新規 2 変更 3 再取得	出産日			開始年月日			パパ・ママ育休プラス
				月名	計				終了年月日 (予定日)			半年延長の理由(※)		
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	年	月	日	1・2
								年	月	日	年	月	日	有・無
								年	月	日	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