

施設を転換する日以後新たに使用する
職員について加入させない旨の届

(約款様式第16号の2)

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

施設を転換する日以後新たに当法人（共済契約者）に使用され、かつ、当該施設の業務に常時従事することを要する者となるものについては、被共済職員でないものとするを届け出ます。

◎ ◎ 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。

共済契約者番号		共 済 契 約 者	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		— —
転換予定日			平成 年 月 日				
転換する施設又は事業	転換前	施設番号	名 称		種 類		
			所 在 地				
			郵便番号		—		
	転換後		名 称		種 類		
			所 在 地				
			郵便番号		—		
備 考							

<記載上の留意点等>

- 施設の転換を行う場合の特例は次の場合をいいます。
 - ① 養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 - ② 軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）から軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けたもの）へ転換
 ※なお、養護老人ホームから軽費老人ホーム（介護保険の指定を受けていないもの）へ移行する場合、「共済契約対象施設等一部廃止等届（約款様式第12号）」及び「施設等新設届・申出書（約款様式第1号）」を提出してください。
- この届は、上記1の転換を行う場合において、転換日以後新たに当該共済契約者に使用され、かつ当該転換後の施設の業務に常時従事することを要する職員について、加入させない場合に転換日前日までに提出してください。
 ※なお、施設又は事業を転換した日以後新たに当該共済契約者に使用された職員について契約を解除する場合は、「退職手当共済契約部分解除通知書（約款様式第13号の2）」を提出してください。（この場合は、転換日以後新たに当該共済契約者に使用された職員全員の同意が必要になります。）
- 共済契約者番号及び既に届け出ている施設にかかる施設番号は掛金納付対象職員届で確認して記入してください。
- 表中「転換する施設又は事業」には、転換する前後の施設名称・種類・所在地を記入してください。