

社会福祉施設等及び特定介護保険施設等の 経営者でなくなった者の届

(約款様式第4号)

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり経営者でなくなったので、届け出ます。

機構受付日付印

◎ ◎
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。
◎ コピー1部を共済契約者控えとしてお手元に残してください。
◎ 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 ↑ 掛金納付対象職員届で 確認してください。	共済契約者	氏名又は名称	Ⓜ				
		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 — —			
経営者でなくなった年月日		年		月		日	
経営者でなくなった理由 (該当する記号に○)	ア 組織変更 オ 公営移管 イ 法人解散 カ 死 亡 ウ 廃 止 キ 交 替 エ 休 止 ク その他 ()						
社会福祉施設等、特定介護保険施設等 又は申出施設等の 名称及び被共済職員数	名 称					被共済職員数	
						人	
						人	
						人	
備 考	変更後の						
	共済契約者(経営者)名 ()						
共 済 契 約 者 番 号 ()							

<添付書類>

右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- (1) 「廃止・休止届受理通知書」(写)
- (2) 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
- (3) その他、業務委託契約書等(写)

上記の書類がない場合は、都道府県知事等が発行する証明書(約款附表1の参考様式2)

※法令等により許認可・届出の必要がない場合のみ、右の確認事項が明記された次のいずれかの書類

- (1) 法人の定款(写)
- (2) 定款変更申込書(写)及びその他の書類

確認事項

- ア. 施設・事業の名称 イ. 所在地
- ウ. 施設・事業の種類 エ. 廃止・休止年月日
- ※申出施設等については、「ウ」は不要

<記載上の留意点等>

- 1 経営者でなくなったことによって退職した者がいるときは、遅滞なく、「被共済職員退職届(約款様式第7号)」並びに「退職手当金請求書(約款様式第7号の2)」又は「合算制度利用申出書(約款様式第7号の3)」を提出してください。
- 2 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む。)が当該共済契約対象施設等を経営する場合は、この届書を変更後の共済契約者へ送付し、変更後の共済契約者が「社会福祉施設職員等退職手当共済契約申込書」、「施設等新設届・申出書(約款様式第1号)」に併せて提出してください。