

# 共済契約対象施設等一部廃止届

(約款様式第12号)

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、施設等の一部を廃止・休止・経営移管したので届け出ます。

共済契約者番号		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 — —	
社会福祉施設等、特定介護保険施設等又は申出施設等	施設番号	名称			休止・廃止経営移管年月日			
					元号	年	月	日
理由 (該当する記号に○)	ア. 廃止 イ. 休止 ウ. 経営移管							
被共済職員	(1) 退職者 人 (2) 引継(移管)職員 人 (3) 配置換職員 人 (4) 継続異動職員 人 (5) 共済契約対象外施設等への異動職員 人 (6) 合算申出職員 人 合計 人							
備考	経営移管後の 共済契約者(経営者)名 ( ) 共済契約者番号 ( )							

◎ 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。

## <添付書類>

- 共済契約対象施設等一部廃止届職員名簿(別紙)
- 右の確認事項が明記された次のいずれかの書類
  - 「廃止・休止届受理通知書」(写)
  - 受理印等のある「廃止・休止届」(写)
  - 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等

※法令により許可・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

- 法人の定款(写)
- 定款変更申請書(写)及びその他書類

## <記載上の留意点>

- 「退職者」又は「継続異動職員」又は「共済契約対象外施設等への異動職員」がある時は、遅延なく次の届書を提出してください。
  - 退職者及び合算申出職員…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)
  - 他の共済契約者への継続異動職員…共済契約者間継続職員異動届(約款様式第8号)
  - 共済契約対象外施設等への異動職員…共済契約対象(外)施設等異動届(約款様式第9号)
- 経営者の変更により変更後の共済契約者(経営者を含む)が該当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。

## 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

(別紙) 共済契約対象施設等一部廃止等届職員名簿 (廃止・休止する施設・事業に在籍していた職員について、施設・事業毎に作成してください。)  
記載上の留意点等を必ずお読みのうえ記入してください。

職員番号	共済契約者番号		施設番号		所属する区分に○をつけてください。			廃止する施設・事業の名称	異動時職種	異動の内容			異動後共済契約者名 (継続異動・合算申出あるいは引継(移管)職員の異動の場合に記入してください)						
	職員氏名		生年月日		1 社会福祉施設等	2 特定介護保険施設等	3 申出施設等			名称	番号	理由 該当する番号のいずれか1つに○を付けてください。	左欄で、「3.配置換」あるいは「5.契約対象外施設等異動」に該当する場合は、異動後の施設名と施設番号を記入してください。 ※(施設番号は「配置換」時のみ記入)	異動後の共済契約者番号					
														1男	2女	138	143	144	148
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

※  は記入しないでください