

退職手当共済契約部分解除通知書

(約款様式第 1 3 号の 2)

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

特定介護保険施設等又は申出施設等のうち以下の施設等については被共済職員の同意を得たので、退職手当共済契約のうち当該同意を得た被共済職員に関する部分を解除します。

◎ 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			
		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	年 月 日			
部分解除をする 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	施設番号	名称	解除する部分 (該当番号に○印をつけてください。)	被共済職員数
			1. 施設全体の被共済職員 2. 平成 18 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員 ※ 1 3. 平成 28 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員 ※ 2 4. 施設転換後の被共済職員	人
			1. 施設全体の被共済職員 2. 平成 18 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員 ※ 1 3. 平成 28 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員 ※ 2 4. 施設転換後の被共済職員	人
			1. 施設全体の被共済職員 2. 平成 18 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員 ※ 1 3. 平成 28 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員 ※ 2 4. 施設転換後の被共済職員	人
解除の理由 (具体的に記入してください)				

<添付書類>

- 1 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を含む。)についての同意書を別途作成し、添付してください。
- 2 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>

- 1 この通知書により退職手当共済契約部分解除になった場合は、退職手当金が支給されません。
- 2 退職手当共済契約(全部)の解除の場合は、この通知書ではなく、「退職手当共済契約解除通知書(約款様式第 1 3 号)」を使用してください。
- 3 「1. 施設全体の被共済職員」については、「特定介護保険施設等」又は「申出施設等」の解除する施設・事業単位で業務に従事する全ての被共済職員に関する部分が解除となります。
- 4 「2. 平成 18 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員」については、経過措置の対象となる施設(※1)の業務に従事する平成 18 年 4 月 1 日以降に被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経過措置の対象とならない平成 18 年 4 月 1 日以降に開設した特別養護老人ホーム等の「特定介護保険施設等」では、「平成 18 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。

(※ 1) 共済契約者が、平成 18 年 3 月 31 日までに開設(制度に加入している施設)した次の施設・事業をいいます。
特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム(※介護保険法の規定に係るもの)、老人福祉センターの中の老人デイサービス事業、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人居宅介護等事業、認知症対応型老人共同生活援助事業(グループホーム)。

- 5 「3. 平成 28 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員」については、経過措置の対象となる施設(※2)の業務に従事する平成 28 年 4 月 1 日以降に被共済職員となった者に関する部分の解除ができます。従って、経過措置の対象とならない平成 28 年 4 月 1 日以降に開設した障害者支援施設等の「特定介護保険施設等」では、「平成 28 年 4 月 1 日以降加入した被共済職員」でなく「施設全体の被共済職員」の部分が解除となります。

(※ 2) 共済契約者が、平成 28 年 3 月 31 日までに開設(制度に加入している施設)した次の施設・事業をいいます。
障害児通所支援事業、障害児入所施設、障害者支援施設、居宅介護事業、重度訪問介護事業、同行援護事業、行動援護事業、療養介護事業、生活介護事業、自立訓練事業、就労移行支援事業、就労継続支援事業、共同生活援助事業(グループホーム)、移動支援事業、地域活動支援センター、福祉ホーム、短期入所事業、重度障害者等包括支援事業

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)		1 新規 2 変更 3 再取得	出産日				開始年月日				終了年月日 (予定日)		パパ・ママ育休プラス 半年延長の理由(※)		
		月名	計														
1				1	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無
				2	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	1・2
				3	元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日	有・無
					元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	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 保育所等に入所を希望しているが、1歳(又は1歳6か月)に達する日後の期間について、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(又は1歳6か月)に達する日後の期間について、子の養育を行う予定であった者が、死亡・負傷・疾病等、離婚等により子の養育することができなくなった場合

注. 「パパ・ママ育休プラス」が「有」の場合は、「半年延長の理由」を記入しないでください。

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
1			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
2			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
3			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
4			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
5			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
6			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
7			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
8			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
9			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
10			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
11			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
12			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
13			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
14			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
15			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
16			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
17			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
18			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
19			元号 年 月 日	元号 年 月 日	印
20			元号 年 月 日	元号 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・押印によるものとします。