

10 「退職手当共済契約解除通知書」(全施設の場合)の記載上の留意点

共済契約者は、共済契約を解除するときは、「退職手当共済契約解除通知書」(約款様式第13号)に被共済職員の従業状況報告及び当該解除の同意があったことを証する書類を添付のうえ、機構に提出してください。

| | | |
|--|---|-----------------------|
| 退職手当共済契約解除通知書 | | 契約解除 (全施設の場合) |
| 令和〇年3月31日 独立行政法人福祉医療機構理事長様 | | (約款様式第13号) 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。 | | |
| 共済契約者番号 1 3 〇 × △ 〇 共 | 氏名又は名称 社会福祉法人虎ノ門福祉会 | |
| ① 解除年月日 解除年月日は、必ずご記入ください。 解除の対象となる被共済職員は、解除年月日で被共済職員でなくなります。 | 郵便番号 105 - 8486 | |
| | 東京都港区虎ノ門4-3-13 | |
| | 北海道 花子 | 連絡先 電話 03-3438-00×△ |
| 解除年月日 | 令和〇年3月31日 | |
| 解除日における被共済職員数 | 8 人 | |
| 解除の理由 (具体的に記入してください) | 当法人独自の退職金制度で運営していくこととしたため | |
| ③ 解除の理由 | 解除の理由については具体的にご記入ください。 | |
| <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。 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。 2 部分解除の場合、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。 | | |
| ④ 添付書類 解除同意書、従業状況報告書を添付してください。 | ② 解除における被共済職員数 解除年月日における被共済職員数(※退職する職員を含みます。)をご記入ください。 | |

◎ 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。

注 共済契約が解除又は部分解除になった場合、当該解除に同意した被共済職員は、解除日で被共済職員でなくなりますが、退職手当金は支給されません。