

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)

機構受付日付印

令和〇年4月10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。

◎ 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。
◎ 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		氏名又は名称	社会福祉法人虎ノ門福祉会		
1	3		〇	×	△
共済契約者		主たる事務所の所在地	郵便番号 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13		
		事務担当者氏名	北海道 花子	連絡先	電話 03-3438-00×△
経営者でなくなった年月日		元号	〇	年	〇
				月	3
				日	3
					1
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
		虎ノ門保育園			4 人
		第二虎ノ門保育園			5 人
					人
備考		変更後の 共済契約者(経営者)名 (社会福祉法人霞が関福祉会) 共済契約者番号 (13〇△××)			

<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る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。

- ① 経営者でなくなった年月日
 - ・該当年月日を記入ください。(例:廃止:廃止日、組織変更:変更新年月日の前日)
- ② 経営者でなくなった理由
 - ・該当する記号に○をつけてください。「ク その他」の場合は、()内に具体的な理由を記入してください。
- ③ 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
 - ・名称及び経営者でなくなった年月日直前に被共済職員であった者の人数を記入してください。
- ④ 備考 変更後の共済契約者(経営者)名 共済契約者番号
 - ・変更後の経営者(契約申込者)又は共済契約者(既に契約を締結している者)の名前を記入してください。
 - ・変更後の経営者が既に共済契約者の場合、共済契約者番号を記入してください。