

# 中小企業退職金共済契約締結届

(約款様式第5号)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

次のとおり、被共済職員について中小企業退職金共済契約を締結したので届け出ます。

機構受付日付印

◎ 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		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		— —
中小企業退職共済契約							
契約締結年月日		年 月 日					
中小企業退職共済契約者番号		: : : : : : : : : : : : : : : : : :					
締結の理由 (具体的に記入してください)							
備 考							

<添付資料>

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。

<留意点>

同じ職員が本制度と、中小企業退職共済制度に重複して加入することはできません。

また、中小企業退職共済制度へ加入したことにより解除になった場合は、退職手当金は支給されません。