標準報酬産前産後休業終了時改定申出書

第101条の２第５項様式

組合員氏名		(ﾌﾘｶﾞﾅ) キョウサイ　ハナコ 共　済　花　子	組合員等記号・番号			
生年月日		(昭和)平成　△△年　5　月　5　日	記号	3　3　3	番号	1　2　3　4　5
所属機関	名称	○　○　市				
	所在地	群馬県○○市○○町１－１				
産前産後休業承認期間		休業開始日	休業終了日(復職日の前日)			
		令和　△△年　3　月　27　日	令和　△△年　7　月　2　日			
(延長等があった場合)		令和　年　月　日	令和　年　月　日			
産前産後休業対象児		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) キョウサイ　ハルコ 共　済　春　子	性別	男・(女)	
		生年月日	令和　△△　年　5　月　7　日			
産前産後休業終了前の標準報酬		20 級　２６０，０００円				

☑ 地方公務員等共済組合法第４３条第１４項の規定により、産前産後休業終了日の翌日が属する月以後３月間に受けた報酬の総額をその期間の月数で除して得た額を報酬月額として、標準報酬を改定することの希望を申し出ます。

※　申出者の届出意思確認のため、必ず☐に✓を付してください。

群馬県市町村職員共済組合理事長 様

令和　△△　年　7　月　１０　日

申出者　住所　前橋市元総社町３３５－８

氏名　共　済　花　子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　△△　年　7　月　１０　日

所属所長　職名　○　○　市　長

氏名　赤　城　一　郎

備考)　公益法人等への一般職の地方公務員の派遣等に関する法律第2条第1項による派遣職員の方は次の点に留意してください。

①「組合員等記号・番号」の記載は不要です。

②「所属機関の名称及び所在地」は、「派遣先団体の名称及び所在地」を記入します。

(注)　「産前産後休業終了日の翌日が属する月以後3か月間」とは、産前産後休業終了日の翌日において継続し組合員であつた期間に限るものとし、かつ、報酬支払の基礎となった日数が17日未満である月がある場合、その月は産前産後休業終了時改定の算定に使用しません。

共済組合記入欄	標準報酬改定月	年　月	固定的給与	非固定的給与
	改定後標準報酬	級　円	円	円