

## 産前産後休業期間掛金免除変更申出書

神戸市職員共済組合

所属コード	○ ○ ○ ○	所属の名称	○○局○○部○○課						
組合員の 記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6
フリガナ	キョウサイ ハナコ						昭和 ・ 平成		
組合員氏名	共 済 花 子				生年月日		5 年 1 月 1 日		
産前産後期間	(開始日) 平成・令和 3 年 4 月 1 1 日				(終了日)		平成・令和 3 年 7 月 1 7 日		
変更後の 産前産後期間	(開始日) 平成・令和 3 年 4 月 1 1 日				(終了日)		平成・令和 3 年 7 月 7 日		
上記に係る子の 出生年月日	平成 ・ 令和 3 年 5 月 1 2 日		多胎妊娠(双子等)の有無 (右欄に○を記入)		有		無		
労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条第1項及び第2項、神戸市職員の勤務時間、休暇に関する条例(平成6年条例第31号)第12条、神戸市職員の勤務時間、休暇等に関する条例の施行規則(平成6年人委規則第7号)第12条及び13条の規定(派遣職員の方は、労働基準法第65条第1項及び第2項、派遣先団体の就業規則)により産前産後休業の承認を受けましたので、上記のとおり共済組合掛金の免除を申し出るとともに、当該掛金免除に必要な個人情報について、神戸市へ照会されることを承諾します。									
神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 3 年 5 月 2 8 日									
総務事務センター集約の対象となっている部 局(学校園除く)については、所属所長欄は空 欄のままとし、担当者名、電話番号のみ記入し て総務事務センターへ提出してください。									
号 6 5 0 - 8 5 7 0 ) 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 電話(090)○○○○-○○○○ 共 済 花 子 事実と相違ないものと認めます。 令和 3 年 5 月 2 8 日									
所属確認欄 所属所長 補職名 ○○局○○部○○課長 氏 名 ○ ○ ○ ○ 担当者: ○ ○ 電話: 内線○○○○									

共済組合受付印
---------

## 《提出にあたっての注意事項》

- 太線の枠内を記入し、所属で確認を受けてから提出してください。
- 産前産後期間とは、地方公務員等共済組合法第114条の2の2第1項に規定する出産日(出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合98日)から出産日後56日までの期間をいいます。(産前休暇の期間(出産予定日以前56日)とは異なります。)
- 「公益的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項または第10条第1項による派遣職員の方は、「所属」を「派遣先団体」と読み替えてください。
- 掛金免除期間は、産前産後休業開始日の属する月から産前産後休業終了日の翌日の属する月の前月までとなります。
- 母子手帳や医師の診断書等、出産予定日の確認できるもの(写し)を添付してください。  
産後休業期間に係る変更の場合は、医師又は助産師が発行した出生証明書もしくは市町村が発行した戸籍謄本(抄本)(写し)を添付してください。
- 多胎妊娠(双子等)の場合は、多胎妊娠(双子等)の有無欄の有に○を、お一人の場合は無に○を記入してください。