

産前産後休業終了時報酬月額改定申出書

神戸市職員共済組合

組合員が記入するところ	所属コード	0	0	0	0	所属名	〇〇局〇〇課				標準報酬月額が不明の場合は、空欄のままです。		
	組合員証の記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6	産前産後休業終了前の標準報酬月額	〇〇等級	〇〇〇,〇〇〇円
	フリガナ	キョウサイ ハナコ						生年月日	昭和				
	組合員氏名	共済花子						生年月日	平成	5年	1月	1日	
	フリガナ	キョウサイ サキコ						生年月日	令和	6年	9月	4日	
	産前産後休業に係る子の氏名	共済咲子						生年月日	令和	6年	9月	4日	
	産前産後休業取得期間	(開始日)	令和	6年	7月	25日	(終了日)	令和	6年	10月	30日		

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か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。

神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 6年 10月 31日
(郵便番号 650-8570) 神戸市中央区加納町6丁目5番1号
住所 _____ 電話(090)〇〇〇〇-〇〇〇〇
申出者 氏名 共済花子

算定の結果、標準報酬月額が上がる場合は、この申出を取り下げます。
(※ 取下げを希望する場合のみ、上記にチェックしてください。)

所属確認欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 また、上記の記載事項について誤りがないか申出者に確認	算定結果によって改定を希望しない場合は、申出の取下げが可能です。改定後の標準報酬月額が従前より高くなる場合で、かつ改定を希望しない場合は、チェックしてください。(※ 改定後の取下げはできません。)
	補職名 〇〇局〇〇課長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 担当者: 〇 〇 電話:内線〇〇〇〇	

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。

をを受けてから提出してください。

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。)

- 産後休業終了日の翌日に育児休業を取得している人は、「産前産後休業終了時報酬月額改定」を申し出ることができません。
- 「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て組合員であった期間に限ります。
- 「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。

共済組合受付印