

育児休業等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、空欄のままで結構です。
	組合員証の記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6	育児休業等終了前の標準報酬月額	〇〇等級	
	フリガナ	キョウサイ ハナコ						生年月日	昭和	5年 1月 1日			
	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			
	養育する子の氏名	共済 咲子						生年月日	令和	6年 9月 4日			
育児休業期間	(初日) 令和 6年 10月 31日						(末日) 令和 7年 9月 3日						
<p>地方公務員等共済組合法第43条第12項の規定により、育児休業等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上げます。</p> <p>神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 7年 9月 4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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。)</p>													

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。)
	所属所長 補職名 〇〇局〇〇課長 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。
 業の承認を受けた期間を記入してください。
 暇を取得している人は、「育児休業等終了時報酬月額改定」を申し出

ることができません。

- 「育児休業等終了日の翌日が属する月以後3か月間」とは育児休業等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。
- 標準報酬月額は掛金、給付(育児休業手当金や年金等)の算定の基礎となるものです。再び育児休業を予定している場合等において、育児休業手当金等の算定基礎が改定後の標準報酬月額となる場合は、申出により等級を下げる改定を行うと、手当金の給付額も下がりますのでご注意ください。

共済組合受付印