課　長	保　　健	係

標準報酬産前産後休業終了時改定申出書

<table>
<tr><td rowspan="2">組 合 員 氏 名</td><td colspan="3">（フリガナ）</td><td rowspan="2">組合員等
記号番号</td><td rowspan="2">－</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="3">昭和　・　平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">所　属　機　関</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">産前産後休業承認期間
（延長等があった場合）</td><td colspan="2">休　業　開　始　日</td><td colspan="3">休業終了日（復職日の前日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">産前産後休業対象児</td><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="2">（フリガナ）</td><td rowspan="2">性　別</td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">産前産後休業終了前の標準報酬</td><td colspan="4">級　　円</td></tr>
</table>

☐　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。

※必ず☐に✔を付してください。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

申出者

氏　名

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　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名

備考）１　この申出により改定される標準報酬の月額は、産前産後休業終了日の翌日が属する月以後３か月間の報酬額の平均の額により算定し、その翌月から改定されます。

２　支払基礎日数未満である月は、算定の基礎として使用しません。

３　産前産後休業から引き続き育児休業等を取得する場合には、この改定は適用しません。

４　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　「組合員証記号番号」欄の記載は不要です。

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」を記入してください。