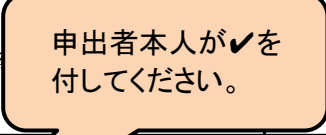


<産前産後休業終了時に標準報酬の改定を申し出る場合>

標準報酬産前産後休業終了時改定申出書

フリガナ		キウサイ ハナ		組合員証 記号番号	△△△△—△△△△
組合員名前		共済 花子			
生 年 月 日		△△△△年 △月 △日			
所属機関	名 称	〇〇市			
	所在地	〇〇市〇〇町△—△—△			
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）	
		△△△△年 △月 △日		△△△△年 △月 △日	
(延長等があった場合)		△△△△年 △月 △日		△△△△年 △月 △日	
産前産後休業に係る		キウサイ イチロウ		性別	男 女
		共済 一郎			
産前産後休業終了時の標準報酬		△△級		△△△, △△△円	
<p>※ 必ず口印を付してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 地方公務員等共済組合法第43条第14項の規定により、標準報酬月額を改定を申し出ます。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>△△△△年 △月 △日</p> <p>住所 〇〇市〇〇町△—△—△</p> <p>申出者 名 前 共済 花子</p> <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>△△△△年 △月 △日</p> <p>職 名 〇 〇 市 長</p> <p>所属所長 名 前 〇 〇 〇 〇</p>					

(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 「組合員証記号番号」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」を記入してください。

(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て組合員であっ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日未満の月がある場合、当該月を除いて算定します。