

産前産後休業終了時改定申出書

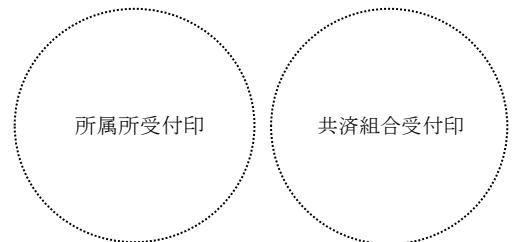
※ 申出者が自ら署名する場合には、押印不要です。

下記のとおり申し出ます。 長野県市町村職員共済組合理事長 様				フリガナ			
				氏名		(印)	
平成 年 月 日				性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
基礎年金番号				組合員証		記号	番号
フリガナ						生年月日	平成 年 月 日
産前産後休業に係る子の氏名						生年月日	平成 年 月 日
産前産後休業期間		初日	平成 年 月 日	末日	平成 年 月 日		
改定前における標準報酬の等級及び月額				短期		等級	月額
				厚年			千円
				退職等			千円
産前産後休業の終了日（末日）の翌日が属する月以後、3カ月間の報酬月額							
算定対象月		支払基礎日数	固定的給与	非固定的給与	合計		
年 月 日			円	円	円		
年 月 日			円	円	円		
年 月 日			円	円	円		
合計			円	円	円		
(支払基礎日数が17日未満の月を除く)				平均（円未満切捨て）		円	
改定年月日				平成 年 月 1日			
改定後における標準報酬の等級及び月額				短期		等級	月額
				厚年			千円
				退職等			千円

※ 以下の要件を満たす場合、産前産後休業等終了日の翌日の属する月以後3カ月間に受けた報酬の平均額に基づき、4カ月目（例「産前産後休業等終了日の翌日の属する月」が4月である場合は7月）の標準報酬月額から改定されます。

- ① 従前の標準報酬月額と改定後の標準報酬月額に1等級以上（固定的給与の変動がなくてもよい）の差が生じるとき。
- ② 産前産後休業等終了日の翌日の属する月以後3カ月のうち、少なくとも1月における「報酬の支払の基礎となる日数」が17日以上であること。

上記の記載事項を確認したので提出します。	
平成 年 月 日	
職名	
所属機関の長	
氏名	(印)



課長	課長補佐	係長	係	担当者	入力年月日	
					決裁年月日	