標準報酬産前産後休業終了時改定申出書

（フリガナ） 組合員氏名		組合員の 記号番号 （職員番号）	仙市
所属	TEL（　　）　　－		
産前産後休業承認期間	休業開始日 年　月　日	休業終了日（復職日の前日） 年　月　日	
（延長等があった場合）	年　月　日	年　月　日	

産前産後休業対象児	（フリガナ） 氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年　月　日		
産前産後休業終了前の標準報酬	（短期）　　級		円	

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。

仙台市職員共済組合理事長　様

年　月　日

住　所

申出者

氏　名　　印

（署名又は記名押印）

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

職　名

所属所長

氏　名　　印

（署名又は記名押印）

（注１）　「所属」欄は、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、派遣先団体名を記入してください。その他の方は、所属の局部課名を記入してください。

（注２）「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日未満である月がある場合、その月は産前産後休業終了時改定の算定に使用しません。

共済組合記入欄	標準報酬改定月	年　月	固定的給与	非固定的給与
	改定後標準報酬	級　円	円	円