

## 産前産後休業に係る標準報酬定時決定保険者算定申出書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |       |                      |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|----------------------|-------|--|
| 所 属 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       | 組 合 員 等<br>記 号 ・ 番 号 |       |  |
| (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |       | 申 出 者<br>生年月日        | 年 月 日 |  |
| 申出者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |                      |       |  |
| 産前産後休業<br>承認期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 休業開始日  |       | 休業終了（予定）日            |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日  |       | 年 月 日                |       |  |
| 産前産後休業<br>に係る子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (フリガナ) |       |                      |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 氏 名    |       |                      |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 生年月日   | 年 月 日 |                      |       |  |
| <p>4 月から 6 月までの間において、地方公務員等共済組合法第 4 3 条第 1 4 項に規定する産前産後休業を取得することから、地方公務員等共済組合法第 4 3 条第 5 項及び厚生年金保険法第 2 1 条第 1 項の規定による定時決定の算定方法によると、産前産後休業を開始した日の属する月以前の直近の継続した 12 月間の各月の標準報酬の月額平均額（以下「年平均額」という。）により算出する方法より、標準報酬の等級について 2 等級以上下回るため、地方公務員等共済組合法第 4 3 条第 1 6 項及び厚生年金保険法第 2 4 条第 1 項の規定により、年平均額を報酬月額として、標準報酬を決定することの希望を申し出ます。</p> |        |       |                      |       |  |
| 福井県市町村職員共済組合 理事長 様                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |       |                      |       |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |       |                      |       |  |
| 申出者<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |       |                      |       |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |       |                      |       |  |
| (自署の場合、押印は不要です。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |       |                      |       |  |

### 【申請にあたっての注意事項】

- この用紙は、定時決定にあたり、4、5、6月の報酬の月平均が産前産後休業を開始した日の属する月以前の直近の継続した期間の標準報酬月額の平均を2等級以上下回る場合に届け出ることができます。
- 産前産後休業を開始した日の属する月以前の直近の継続した期間が12か月に満たない場合は対象となりません。
- 雇用保険法の適用対象となる組合員については、同法に規定する育児休業給付金が支給されるため、保険者算定の対象となりません。
- 産前産後休業又は育児休業等期間中は掛金が申し出より免除されますが、当該期間終了後、産前産後休業終了時改定等が行われるまでの間は、本保険者算定による標準報酬に基づき計算された掛金が徴収されることに留意してください。