

※ 掛金免除期間	開始	平・令	年	月
	終了	平・令	年	月
係	照 合			

注 産後休暇の承認を受けていることがわかる書類及び、出産日を証明できる書類の写しを添付してください。

産前産後休業掛金免除期間変更申出書

組合員証記号番号		〇〇〇-〇〇〇〇			組合員氏名		共 濟 花 子	
所属機関	名 称	〇〇市役所			} 保育所や病院などの 勤務先ではありません			
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇						
変更内容	産前産後休業期間の変更	変更前	初日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	末日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日
		変更後	初日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	末日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日
産前産後休業に係る子の出産年月日					出産予定日		平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日
					出 産 日		平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日
単胎又は多胎の別					単胎 ・ 多胎			
<p>上記のとおり、掛金の免除変更を申出します。</p> <p>愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住 所 〇〇市〇〇町〇〇</p> <p>申 出 者 氏 名 共 濟 花 子 印</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>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>職 名 〇〇市長</p> <p>所 属 所 長 氏 名 〇〇 〇〇 印</p>								

- 備考) ・ 派遣職員に係る請求書の記載事項について、「所属機関の名称及び所在地」にあつては、「派遣先団体の名称及び所在地」を記入する。
- ・ 産前産後休業期間とは、出産日（出産予定日の後に出産した場合は、出産の予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産日の後56日までの期間のうち、地方公共団体における特別休暇の産前産後休業を取得した期間であること。
 - ・ 掛金の免除期間は、産前産後休業を開始した日の属する月からその産前産後休業が終了する日の翌日の属する月の前月までの期間であること。