

事務局長	課長	係長	係

産前産後休業掛金免除(変更)申出書

組合員氏名	共 濟 花 子			組合員証号	853 - 1000		
生年月日	昭和 平成 2 年 2 月 1 日			記号番号			
所属機関	名称 ○○○市						
	所在地 ○○市○○町○○丁目○○番地						
産前産後休業期間	初日	令和 1 年 5 月 27 日	末日	令和 1 年 9 月 1 日			
	初日(変更後)	令和 1 年 5 月 27 日	末日(変更後)	令和 1 年 9 月 4 日			
産前産後休業に係る子の出産年月日	出産予定日	令和 1 年 7 月 7 日					
	出産日	令和 1 年 7 月 10 日					
単胎又は多胎の別	単胎			多胎			
上記のとおり、掛金の免除(免除変更)を申し出ます。							
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			住所	高松市福岡町二丁目3番4号			
			申出者氏名	共 濟 花 子			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			所属所長	職名 ○○○市長			
				氏名 ○ ○ ○ ○			
				公印			

1 この申出書には、「特別休暇の産前産後休業を取得していること及びその期間」、「産前産後休業に係る子の出産予定日(出産日)」及び「多胎妊娠の場合にあっては、その旨」が証明できる書類を添付してください。