

事務局長	課長	課員

産前産後休業掛金免除(変更)申出書

組合員氏名			組合員等 記号・番号	—	
生年月日	元号	年	月	日	
所属 機関	名称				
	所在地				
産前産後 休業期間	初日	令和	年	月	日
	初日 (変更後)	令和	年	月	日
産前産後休業に係る 子の出産年月日	出産予定日	令和	年	月	日
	出産日	令和	年	月	日
単胎又は多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎				
上記のとおり、掛金の免除（免除変更）を申し出ます。 香川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 申出者 氏名					
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 職名 所属所長 氏名					

この申出書には、次のことが証明できる書類を添付してください。

- ・産前産後休業（休業）を取得していること及びその期間
- ・産前産後休業（休業）に係る子の出産予定日（出産日）
- ・多胎妊娠の場合にあっては、その旨

掛金免除となる期間は、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日までのうち、産前産後休業（休業）を取得している期間となります。