

(様式第8号の1)

育児休業手当金請求書
育児休業掛金免除申出書

組合員証の氏名を
記入してください。

手当金請求と掛金免除申出の場合

| | | | | | | | | | |
|--|--|----|----|--|-----------|--|----|-----------|--------------------|
| 所属コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 組合員種別 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期 | | 所属所 名称 | 〇〇局 |
| 職員番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 組合員 氏名 | フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子 | | | | | | | 出生児 氏名 | 共済 組子 |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 〇〇 | 年 | 〇〇 | 月 | 〇〇 | 日生 | 生年月日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 |
| 標準報酬 月額 | 等級 | | 月額 | | | | | | |
| | 〇〇 | | 号 | | 〇〇〇,〇〇〇 円 | | | | |
| 育児休業承認期間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで (日数) ^{※1} 日 | | | | | | | | |
| 育児休業手当金 請求期間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで | | | | | | | | |
| 雇用保険からの 育児休業給付の支給 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入) その他: () <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険給付、育児休業給付が受けられない) | | | | | | | | |
| 本請求に係る子に対して、過去に育児休業承認期間 | | | | 請求期間は、最長、子の1歳の誕生日の前日までです。 育児休業の末日が子の1歳の誕生日の前日以前の場合は、 育児休業の末日までとなります。 | | | | | |
| ○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間 | | | | (1回目) 令和 年 月 日 | | | | | |
| | | | | (2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | |
| ○子の出生から8週間超の育児休業承認期間 | | | | (1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | |
| 上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の2の規定に基づき請求します。 地方公務員等共済組合法第114条の2第1項の規定に基づき掛金免除を申し出ます。 <input type="checkbox"/> 掛金免除申出のみ(育児休業手当金の請求がない場合) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 大阪市〇〇区〇〇 ×-×-× | | | | | |
| 組合員 氏名 | | | | 共済 花子 | | | | | |
| 連絡先(電話番号) | | | | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |
| 大阪市職員共済組合理事長 あて | | | | | | | | | |
| 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 所属機関の長 職 名 氏 名 | | | | | | | | | |
| 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)において証明しますので、 記入する必要はありません。 | | | | | | | | | |

※1 (日数)については、育児休業を開始した日と終了する日の翌日が同月内の場合のみ記載

- 1 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。
- 2 育児休業承認書の写しを添付してください。市長部局・水道局の場合は所属所で添付しますので不要です。

共済組合使用欄

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

(様式第8号の1)

育児休業手当金請求書
育児休業掛金免除申出書

組合員証の氏名を
記入してください。

手当金請求と掛金免除申出の場合
(復職後の再度の育児休業期間の請求
等の場合)

| | | | | | | | | | |
|--|--|----|---------|----|---|--|----|--|--------------------|
| 所属コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 組合員種別 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期 | | 所属所 名称 | 〇〇局 |
| 職員番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 組合員 氏名 | フリガナ キョウサイ タロウ 共済 太郎 | | | | | | | 出生児 氏名 | 共済 組子 |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 〇〇 | 年 | 〇〇 | 月 | 〇〇 | 日生 | 生年月日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 |
| 標準報酬 月額 | 等級 | | 月額 | | | | | | |
| | 〇〇 | 号 | 〇〇〇,〇〇〇 | | 円 | | | | |
| 育児休業承認期間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで (日数) ^{※1} 日 | | | | | | | | |
| 育児休業手当金 請求期間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで | | | | | | | | |
| 雇用保険からの 育児休業給付の支給 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入、その他・) <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険) | | | | | | | | |
| 本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得 ○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間 (1回目) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から (2回目) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から ○子の出生から8週間超の育児休業承認期間 (1回目) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで | | | | | | | | 請求期間は、最長、子の1歳の誕生日の前日まで です。 育児休業の末日が子の1歳の誕生日の前日以前の 場合は、育児休業の末日までとなります。 | |
| 上記の上記 復職後の再度の育児休業期間について 届出する場合は、該当期間を記入して ください。 | | | | | | | | に基づき請求します。 の規定に基づき掛金免除を申し出ます。 請求がない場合) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | |
| 組合員 大阪市職員共済組合理事長 あて | | | | | | | | 住所 大阪市〇〇区〇〇 ×-×-× 氏名 共済 太郎 連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| 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 所属機関の長 職 名 氏 名 | | | | | | | | 所属所(市長部局にあっては総務事務 センター)において証明しますので、 記入する必要はありません。 | |

※1 (日数)については、育児休業を開始した日と終了する日の翌日が同月内の場合のみ記載

- 1 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。
- 2 育児休業承認書の写しを添付してください。市長部局・水道局の場合は所属所で添付しますので不要です。

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 共済組合使用欄 | | | |
| | | | |

(様式第8号の1)

育児休業手当金請求書
育児休業掛金免除申出書

組合員証の氏名を
記入してください。

掛金免除のみの申出の場合

| | | | | | | | | | |
|---|--|----|---|---|---|--|-----------|--------------------------------------|--|
| 所属コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input checked="" type="checkbox"/> 短期 | 所属所 名称 | 〇〇局 | |
| 職員番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | |
| 組合員 氏名 | フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子 | | | | | | 出生児 氏名 | 共済 組子 | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 〇〇 | 年 | 〇〇 | 月 | 〇〇 | 日生 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 | |
| 標準報酬 月額 | 等級 | 月額 | | | | | 号 | 円 | |
| 育児休業承認期間 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで (日数) ^{※1} 日 | | | | | | | | |
| 育児休業手当金 請求期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | |
| 雇用保険からの 育児休業給付の支給 | <input type="checkbox"/> 無 (雇用保険未 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (支給不可、) | | | | | | | 「標準報酬月額」と「育児休業手当金請求期間」の欄は 記入不要です。 | |
| 本請求に係る子に対して、過去に育児休業承認期間 | | | | | | | | | |
| ○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間 | | | | | | | | | |
| (1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| (2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| ○子の出生から8週間超の育児休業承認期間 | | | | | | | | | |
| (1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の2の規定に基づき請求します。 地方公務員等共済組合法第114条の2第1項の規定に基づき掛金免除を申し出ます。 <input checked="" type="checkbox"/> 掛金免除申出のみ(育児休業手当金の請求がない場合) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | | | | | | | |
| チェックを入れてください。 | | | | 住所 大阪市〇〇区〇〇 ×-×-× | | | | | |
| 組合員 | | | | 氏名 共済 花子 | | | | | |
| 大阪市職員共済組合理事長 あて | | | | 連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |
| 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(市長部局にあっては総務事務 センター)において証明しますので、 記入する必要はありません。 | | | | | |
| 所属機関の長 | | | | 職 名 | | | | | |
| 氏 名 | | | | 氏 名 | | | | | |

※1 (日数)については、育児休業を開始した日と終了する日の翌日が同月内の場合のみ記載

- 1 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。
- 2 育児休業承認書の写しを添付してください。市長部局・水道局の場合は所属所で添付しますので不要です。

| 共済組合使用欄 | | | |
|---------|--|--|--|
| | | | |