

令和 年 月 例月分 調定業務関連データ報告書

1 提供書類の確認

- ① FAXによる月例報告書の提供 要 不要
② 決定・改定一覧表※ 要 不要

※組合員が掛金の算定の基礎となる標準報酬月額や標準期末手当等を給与支給明細書等において確認できる場合は、上記②を省略することができます。

2 報告データ

報告件数 _____ 件

うち、年間平均による保険者算定対象者 _____ 件
うち、育児休業等終了時改定対象者 _____ 件
*いずれも別途、必要書類を提出してください。

3 異動内容 <報告対象月に異動がある場合のみ記入してください。>

資格取得者				資格喪失者			掛金免除者			
0人				0人			産休 0人		育休 0人	
取得日	組合員番号	組合員種別※1	掛金翌月納付 <input checked="" type="checkbox"/> ※2	喪失日※3	喪失事由	組合員番号	開始日	組合員番号	開始日	組合員番号

※1 一般組合員:10 短期組合員:41 その他種別については、「共済組合事務の手引き」医資33ページをご参照ください。

※2 共済掛金翌月納付対象者報告書を提出してください。

※3 資格喪失日は退職日の翌日となります。

4 当月掛金免除者数 _____人

* 既に掛金免除期間中の方も含めた人数を記載してください。

5 遡及異動による掛金・負担金の調整 (調整方法については、原則、納付額で調整を行ってください。)

<対象者> _____名 証番号: _____

<掛 金> 納付額で調整 ・ 口座に返還 <負担金> 納付額で調整 ・ 口座に返還

* 標準報酬月額等の訂正がある場合は、訂正内容(訂正前後の金額等)を報告してください。

* 調整を行う組合員が複数いた場合、個別及び年度毎の負担金の計算は行えませんのでご注意ください。

* 口座への返還を希望する場合は、依頼文書を提出してください。

上記のとおり報告します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

所 属 所 コード _____

所 属 所 長 職名・氏名 _____

令和 年 月 期末手当分 調定業務関連データ報告書

1 提供書類の確認

- ① FAXによる月例報告書の提供 要 不要
- ② 決定・改定一覧表※ 要 不要

※組合員が掛金の算定の基礎となる標準報酬月額や標準期末手当等を給与支給明細書等において確認できる場合は、上記②を省略することができます。

2 報告データ

報告件数 _____ 件

うち、年間平均による保険者算定対象者 _____ 件
 うち、育児休業等終了時改定対象者 _____ 件
 *いずれも別途、必要書類を提出してください。

3 異動内容 <報告対象月に異動がある場合のみ記入してください。>

資格取得者				資格喪失者			掛金免除者			
0人				0人			産休 0人		育休 0人	
取得日	組合員番号	組合員種別※1	掛金翌月納付 ☑※2	喪失日※3	喪失事由	組合員番号	開始日	組合員番号	開始日	組合員番号

※1 一般組合員:10 短期組合員:41 その他種別については、「共済組合事務の手引き」医資33ページをご参照ください。

※2 共済掛金翌月納付対象者報告書を提出してください。

※3 資格喪失日は退職日の翌日となります。

4 当月掛金免除者数 _____人

* 既に掛金免除期間中の方も含めた人数を記載してください。

5 遡及異動による掛金・負担金の調整 (調整方法については、原則、納付額で調整を行ってください。)

<対象者> _____名 証番号: _____

<掛 金> 納付額で調整 ・ 口座に返還 <負担金> 納付額で調整 ・ 口座に返還

* 標準報酬月額等の訂正がある場合は、訂正内容(訂正前後の金額等)を報告してください。

* 調整を行う組合員が複数いた場合、個別及び年度毎の負担金の計算は行えませんのでご注意ください。

* 口座への返還を希望する場合は、依頼文書を提出してください。

上記のとおり報告します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

所 属 所 コード _____

所 属 所 長 職名・氏名 _____

令和 年 月 定時決定分 調定業務関連データ報告書

1 提供書類の確認

- ① FAXによる月例報告書の提供 要 不要
② 決定・改定一覧表※ 要 不要

※組合員が掛金の算定の基礎となる標準報酬月額や標準期末手当等を給与支給明細書等において確認できる場合は、上記②を省略することができます。

2 報告データ

報告件数 _____ 件

うち、年間平均による保険者算定対象者 _____ 件
うち、育児休業等終了時改定対象者 _____ 件
*いずれも別途、必要書類を提出してください。

3 異動内容 <報告対象月に異動がある場合のみ記入してください。>

資格取得者				資格喪失者			掛金免除者			
0人				0人			産休 0人		育休 0人	
取得日	組合員番号	組合員種別※1	掛金翌月納付 <input checked="" type="checkbox"/> ※2	喪失日※3	喪失事由	組合員番号	開始日	組合員番号	開始日	組合員番号

※1 一般組合員:10 短期組合員:41 その他種別については、「共済組合事務の手引き」医資33ページをご参照ください。

※2 共済掛金翌月納付対象者報告書を提出してください。

※3 資格喪失日は退職日の翌日となります。

4 当月掛金免除者数 _____人

* 既に掛金免除期間中の方も含めた人数を記載してください。

5 遡及異動による掛金・負担金の調整 (調整方法については、原則、納付額で調整を行ってください。)

<対象者> _____名 証番号: _____

<掛 金> 納付額で調整 ・ 口座に返還 <負担金> 納付額で調整 ・ 口座に返還

* 標準報酬月額等の訂正がある場合は、訂正内容(訂正前後の金額等)を報告してください。

* 調整を行う組合員が複数いた場合、個別及び年度毎の負担金の計算は行えませんのでご注意ください。

* 口座への返還を希望する場合は、依頼文書を提出してください。

上記のとおり報告します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

所 属 所 コード _____

所 属 所 長 職名・氏名 _____