

令和〇年〇〇月 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
- ③ 決定・改定通知書<sup>※</sup> 要 不要

報告データなしの場合は、0件と記入してください。

※ 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及び③を省略することができます。

2 報告データ

報告件数 40 件

うち、年間平均による保険者算定対象者 10 件  
 うち、育児休業等終了時改定対象者 2 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			
2人				2人			産休 1人		育休 2人	
取得日	証番号	組合員種別 <sup>※1</sup>	掛金翌月納付 <input checked="" type="checkbox"/> <sup>※2</sup>	喪失日 <sup>※3</sup>	喪失事由	証番号	開始日	証番号	開始日	証番号
〇/〇	1234	10		〇/〇	普通	4567	〇/〇	5268	〇/〇	3133
〇/〇	3456	41	✓	〇/〇	死亡	6789			〇/〇	2587

※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36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 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> 1名 証番号: 2552

<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

令和〇年〇〇月〇〇日

所属所コード 〇〇〇

所属所長 職名・氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇

返還依頼文については、対象者、遡及事由、掛金・負担金の調整方法、返還を希望する口座(組合員に掛金を返還する場合は原則、共済組合登録口座となります。)を記載してください。  
 なお、掛金・負担金ともに納付額で調整をする場合、依頼文は不要となります。