

被扶養者継続認定申請書（特別認定継続者用）

組合員記号番号		組 合 員 氏 名		組合員生年月日		所 属 コ ー ド		所 属 所 名	
公立秋 第 号				年 月 日					
継続認定を受けようとする者	氏 名	続柄	生 年 月 日	職 業	年間所得推定額			現 住 所	継続認定を受けようとする理由
					種 別	金 額			
			昭・平 ・令 年 月 日					円	
			昭・平 ・令 年 月 日						
			昭・平 ・令 年 月 日						
			昭・平 ・令 年 月 日						
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和 年 月 日 住 所 フリガナ 氏 名 申 請 者									
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 〒 — (電話番号) — — 所属所所在地 所 属 所 名 所属所長職氏名									



※「年間所得推定額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、不動産所得、事業所得、年金給与所得、その他の所得の推計額を記入してください。