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	配偶者	所属コード	所属所名
公立秋　第　　号		年　月　日	有・無		

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 種別	年間所得推定額 金額	配偶者	現住所	継続認定を受けようとする理由
			昭平令　年　月　日			円	有・無		
			昭平令　年　月　日				有・無		
			昭平令　年　月　日				有・無		
			昭平令　年　月　日				有・無		

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

申請者　住所

フリガナ
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　〒　－　（電話番号）　－　－

令和　　年　　月　　日

所属所所在地

所属所名

所属所長職氏名　　印

※「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。