

(様式第18号)

所属所名・コード					組合員氏名・番号				
任意継続									
9	9	Y	9	9					

申立書

公立学校共済組合埼玉支部長 様

申告年月日 令和 年 月 日

所属所名

氏 名

記

下記のとおり、扶養の認定基準を満たさなくなりましたので申告します。

1 認定基準を満たさなくなった理由（該当する理由の□に✓をすること）

(1)	別居被扶養者の送金要件を満たさない <input type="checkbox"/> 認定対象者の収入が増加した。または収入を得るようになった。 <input type="checkbox"/> 組合員の送金額が減少した。 ・組合員の送金額が、認定対象者の収入・組合員の送金額・他の者の生活費負担額の合計額の3分の1以上でなくなった。 <input type="checkbox"/> 組合員が送金をしなくなった。 <input type="checkbox"/> 他の送金者の送金額が増額した。 ・他の者の生活費負担額が組合員の送金額を上回った。
(2)	<input type="checkbox"/> 継続認定を希望しない
(3)	<input type="checkbox"/> 任意の日付での取消
(4)	<input type="checkbox"/> その他 ()

2 上記の事実が発生した日及び対象者

(対象被扶養者氏名)

(組合員との続柄)

(事実発生日) 令和 年 月 日

※事実発生日まで認定要件を満たしていたことがわかる書類の添付が必要です。