無職・無収入　証明書

以下の弊社社員（被保険者）の被扶養者が、現在、無職・無収入であることを確認し、証明いたします。

被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被扶養者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

事業所の所在地

事 業 所 の 名 称

代 表 者 氏 名

※ 後日、マイナンバー（個人番号）を用いての情報連携による情報照会で、収入の有無を確認させていただきます。

当健康保険組合が、マイナンバー（個人番号）を用いて、情報連携業務を活用することは、「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」第十九条に基づき、市町村長・厚生労働大臣・日本年金機構・共済組合等により情報提供を受けることが定められていることを申し添えます。