

J. フロント健康保険組合
理事長 殿

常務理事	事務長	主事	係員

無職・無収入申立書

申請者によって 扶養される者の氏名	生年月日	申請者との 続柄	同居 別居
	昭和・平成 ・令和 年 月 日		
	昭和・平成 ・令和 年 月 日		
	昭和・平成 ・令和 年 月 日		

上記の者は、無職かつ無収入であり、申請者(氏名) _____ の
収入によって生計を維持していることを申立てします。

今後就業等により、基準以上の収入を得ることとなった場合には、すみやかに連絡し
所定の手続きを取ることを約束します。

なお、本紙記載の内容が虚偽または所定の手続きを怠った場合は資格喪失となっても一切の
異議申し立てを行いません。

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ 印

証明書

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主(代理人)/人事担当の証明印

印