

直接的必要経費申告書

健康保険の被扶養者申請にあたり、自営業者等の直接的必要経費の内容について、以下のとおり、申告いたします。

- ①事業使用分と自宅使用分が同一の場合、用途が混在している可能性があるため、申告する場合は記入してください。
- ②別紙「当組合が認める直接的必要経費一覧表」を参照に、「×」印・「/」印は一切認められません。「△」印のみ申告可能です。ただし、事業使用分の確認ができない場合は認められません。

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名			印 (回転印不可)	性別
フリガナ			性別	続柄	自営業の業種内容		
認定対象者氏名							

(直接的必要経費として、自己申告する経費項目の金額と内容)

経費科目名	1年分の金額 (円)			内容	健保使用欄	
	事業使用分	自宅使用分	合計金額		認定	可否
	円	円	円		可	否
	円	円	円		可	否
	円	円	円		可	否
	円	円	円		可	否
	円	円	円		可	否
	円	円	円		可	否

今後、被扶養者の収入状況に変更があった際は、速やかに連絡します。

また、本内容に相違があった場合は、遡って被扶養者資格を取消されても異存ございません。

なお、さかのぼって資格を取消した間に受けた医療費等の保険給付を全額返還いたします。

受付日付印