

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自宅と事業所所在地が同一の場合、用途が混在している可能性があるため、申告する場合は必ず記入してください。

②別紙「当組合が認める直接的必要経費一覧表」を参照し、「×」印は一切認められません。

「△」印のみ申告が可能です。ただし、領収書等の証明書類の添付を必須とし事業使用分の確認ができない場合は認められません。

記号		番号		被保険者氏名			
認定対象者氏名				続柄		事業内容	
令和 度総収入額				円			
認定対象者住所							
事業所所在地							

(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		
	円	円	円		
	円	円	円		
	円	円	円		
	円	円	円		
	円	円	円		
	円	円	円		
	円	円	円		

誓約書

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り消されても異存ございません。

なお、遡って資格を取り消した間に受けた医療費等の保険給付は全額返還いたします。

受付印

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ (印)

認定対象者氏名 _____ (印)