

常務理事	事務長	係長	係

平成 年 月 日

No. _____

直接的必要経費申告書

デクセリアルズ健康保険組合
理事長 殿

保険証記号： _____ 番号： _____

氏名： _____ 印

被扶養者 _____ の認定に伴う、(自営業者などの)直接的必要経費の内容を以下のとおり申告いたします。

◎各種経費の混在について {「該当される方」のみ「選択」(☑)、および「記入」してください。}

- ☐ 「地代家賃」の中には、「事業部分」と「住居部分」が混在しております。
- ☐ 「水道光熱費」の中には、「事業部分」と「住居部分」が混在しております。
- ☐ 「旅費交通費」の中に含まれる「通勤に伴う経費」は _____ 円です。
- ☐ 「通信費」の中には、「事業用」と「自宅用」が混在しております。
- ☐ 「消耗品費」の中には、「事業用」と「自宅用」が混在しております。

◎減価償却費・雑費について {「該当される方」のみ「選択」(☑)、および「記入」してください。}

- ☐ 「減価償却費」の中には、同年中に購入したものがありません。裏づけする書類を別添します。
- ☐ 「雑費」の中には、「事業用」のものが含まれます。裏づけする書類を別添します。

◎直接的必要経費として、自己申告する経費の内容

経費科目	金額	内容	認定可否 (※健保使用欄)
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否

なお、今後、被扶養者の状況に変更があった際はすみやかに連絡いたします。また、本申請に相違があった場合は、さかのぼって被扶養者資格を取り消されても異存ございません。

以上