

令和 年 月 日

直接的必要経費申告書

鈴与健康保険組合
常務理事 殿

所属 : _____

氏名 : _____ (印)

被扶養者 _____ の認定に伴う、(自営業者等の) _____ 年総収入額は

_____ 円であり、直接的必要経費の内容を以下の通り申告いたします。

◎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

尚、今後、被扶養者の状況に変更があった際は速やかに連絡いたします。また、本申告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。

以上