

直接的必要経費申告書

トピー健康保険組合 御中

年 月 日

記 号 番 号	—	被 保 険 者 氏 名	
---------	---	-------------	--

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

- 事業所の所在地と自宅の住所が同一で経費が混在している場合は、事業所負担分を「直接的必要経費」として年間総収入から控除します。事業所負担分と自宅負担分の額を記入し、それらを明らかにできる書類を添付してください。
- 事業所と自宅が別であり、経費が混在していない場合は、事業所負担分に経費金額を記入してください。
- 事業所負担分を明確に証明できない場合は、経費として認められません。
- 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(円)			内容	認定可否 ※健保使用欄
	事業所負担分	自宅負担分	合計		
					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、速やかに連絡します。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。