

令和 年 月 日

直接的必要経費申告書

住友ファーマ健康保険組合理事長殿

被保険者証 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。

記

1. 減価償却費について（「選択」（レ）、及び「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は含まれていません。

「減価償却費」の中で同年中に購入したものは _____ 円です。

※領収証の写し等、裏付けとなる資料を添付してください。

2. 旅費交通費について（「選択」（レ）、及び「記入」してください。）

「旅費交通費」の中には「通勤に伴う経費」は含まれていません。

「旅費交通費」の中に含まれる「通勤に伴う経費」は _____ 円です。

※領収証の写し等、裏付けとなる資料を添付してください。

3. 直接的必要経費として、自己申告する経費の内容

※領収証の写し等、裏付けとなる資料を添付してください。

経費科目	年間金額（円）	内容	認定可否 (健保記入欄)
			可□・否□

なお、今後、被扶養者の状況に変更があった場合は速やかに連絡いたします。また、本申請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。

以上

※事業主確認

この届出については、下記の2点を確認しています。

- 申請者本人（被保険者）が作成していること。
- 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。