

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 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>
			可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>
			可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>
			可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>
			可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>
			可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>
			可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>

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。
1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。
2. 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。