令和　　年　　月　　日

直 接 的 必 要 経 費 申 告 書

千葉県医業健康保険組合
理事長　様

被保険者記号:＿＿＿＿番号:＿＿＿＿

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。

◎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。}
また、「旅費交通費」「消耗品費」については、混在部分の詳細を「◎直接的必要経費として、自己申告する経費の内容」に記入してください。

□「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す。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
※下記欄に全て記入できない場合は、別紙(任意様式)に詳細を記入し提出してください。

経費科目	金　額	内　容	認定可否 (※組合使用欄)
			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り消されても異存ございません。

以上