

健康保険 直接的必要経費申告書

被 保 険 者 情 報	健康保険 被保険者証 (資格確認書)の	記 号	番 号	生 年 月 日						
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日
	氏 名	(フリガナ)			性 別	☐ 男 ☐ 女				

【注意】申告できる経費についてはHPをご確認ください。

- ① 当健保が、経費の内容により、その事業における「直接的必要経費」として認めるか否かを判断します。「直接的必要経費」として申告する場合、領収書等の証憑書類の写しを添付してください。
- ② 事業所の所在地と自宅の住所が同一で経費混在の方は、事業所の負担分と自宅の負担分を明らかにできる領収書等の証憑書類の写しを添付してください。
(支払日、支払者、支払先、支払いの内容が明確なもの。レシートは不可。)
- ③ 必要に応じて内容の問合せや、追加書類を求める場合があります。

認定対象者氏名		自営業(業種)	
経費科目	金 額	内 容	認定可否 (健保記入欄)
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否
			可 ・ 否

今後、被扶養者の状況に変更が生じた場合は、速やかに申し出ます。また、本申告内容に相違があった場合は、認定日に遡って、認定取消となることに異議申し立ていたしません。

令和 年 月 日

ユニマット健康保険組合 理事長殿

事業所名

被保険者氏名 印

認定対象者氏名 印