

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 理事長 殿

記号 番号

被保険者氏名 (署名)

## 直接的必要経費申告書

申請者である(被扶養者氏名) \_\_\_\_\_ の認定に伴う、  
自営業(業種) \_\_\_\_\_ の直接的必要経費について次の通り申告します。

「直接的必要経費」として自己申告する経費について

- ① 事業所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確にすることにより、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ので、金額と内容を記入してください。また、事業所負担分と自宅の負担分を明らかにできる書類を添付してください。
- ② 事業所と自宅が別で経費混在がない方は、事業所負担分に経費金額を記入して下さい。経費科目の中に事業所分、自宅分を混在しているものがあれば分けて記入し、負担分を明らかにできる書類を添付してください。
- ③ 事業所負担分を明確に証明し、当健保組合が「直接的必要経費」と認めた経費は全額控除しますが明確に証明できない場合は事業所分・自宅分を50%で算定します。

経費科目	金額 (円)			内容	健保使用欄	
	事業所負担分	自宅負担分	計			

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