

部長	課長	課長補佐	係長	係

令和 年 月 日

全国印刷工業健康保険組合 殿

被保険者の記号番号 _____ - _____

被保険者の氏名 _____ (印)

直接的必要経費申告書

被扶養者 _____ にかかる事業収入のうち、直接的必要経費について、下記のとおり申告します。

記

- (注1) 申告する経費科目については、元帳や領収書・請求書等の証憑書類の写しを添付していただく場合があります。
- (注2) 旅費交通費は研修・通勤に伴う費用を除く。
- (注3) 外注工賃は給料賃金相当の派遣委託費用を除く。
- (注4) 地代家賃は生計を一にする配偶者その他の親族が支払うものを除く。

科目	金額 (円)	内容	認定可否 (健保使用欄)
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否
			可・否

本内容に相違があり、被扶養者認定基準を超えていた場合は、遡って被扶養者資格の削除届を提出し、その間の健保負担分の医療費については、全額返還します。

なお、今後、被扶養者の状況に変更があった際は、速やかに申告します。