令和　　　年　　　月　　　日

**直接的必要経費申告書（一般用）**

関西電力健康保険組合

常務理事　殿

所属：

氏名：（直筆の場合、印は省略可）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

被扶養者 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の認定に伴う、（自営業者等の）　　　R　　　　　　年総収入額は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円であり、直接的必要経費の内容を、以下のとおり申告いたします。

業　　　　種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地：

被扶養者住所

◎直接的必要経費として、自己申告する経費の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費科目 | 金額 | 内容 | 認定可否  （※健保使用欄） |
| 原材料費 |  |  | 可・否 |
| 給料工賃 |  |  | 可・否 |
| 外注工費 |  |  | 可・否 |
| 減価償却費 |  |  | 可・否 |
| 地代家賃 |  |  | 可・否 |
| 荷造運賃 |  |  | 可・否 |
| 水道光熱費 |  |  | 可・否 |
| 旅費交通費 |  |  | 可・否 |
| 通信費 |  |  | 可・否 |
| 宣伝広告費 |  |  | 可・否 |
| 修繕費 |  |  | 可・否 |
| 消耗品費 |  |  | 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、本申告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

令和　　　年　　　月　　　日

**直接的必要経費申告書（農業・不動産・その他）**

関西電力健康保険組合

常務理事　殿

所属：

氏名：（直筆の場合、印は省略可）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

被扶養者 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の認定に伴う、（自営業者等の）R　　　　　　　　　　　　　　　年総収入額は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円であり、直接的必要経費の内容を、以下のとおり申告いたします。

業　　　　種　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地：

被扶養者住所

◎直接的必要経費として、自己申告する経費の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費科目 | 金額 | 内容 | 認定可否  （※健保使用欄） |
|  |  |  | 可・否 |
|  |  |  | 可・否 |
|  |  |  | 可・否 |
|  |  |  | 可・否 |
|  |  |  | 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、本申告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