

令和2年分 給与等支給額証明書

関西電力健康保険組合 殿

氏 名 : _____
生 年 月 日 : 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
支 給 期 間 : 令和2年 _____ 月 ~ 令和2年 _____ 月

総支給額(課税分)	総支給額(非課税分)※通勤費等	合計額
円	円	円

給与等の支給額について、上記のとおり証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【所在地】

【会社名】

(会社名が手書きの場合は社印もしくは代表者印が必要です)

印

【TEL】

※本証明書は、健康保険の被扶養者として要件を満たしているか否か判断するために使用します。

※令和2年1月～令和2年12月の間で、実際に支給された給与・通勤費等の報酬について証明願います。

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) 令和2年(1月~12月) の総収入額は
_____ 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

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）令和2年（1月～12月）の
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

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