

年 月 日

直接的必要経費申告書

日本生命健康保険組合行

被保険者記号・番号 _____

被保険者氏名 _____

被扶養者 _____ の認定に伴う、(自営業者等の) 直接的必要経費の内容を以下のとおり申告いたします。

●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

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消されても異存ありません。

以上