

## 直接的必要経費申告書

ローソン健康保険組合 理事長殿

事業所名	
記号・番号	( ) - ( )
被保険者氏名 (本人自筆)	

被扶養者 \_\_\_\_\_ (以下、申請家族) の認定に伴う事業の直接的必要経費について、以下の通り申告します。  
 今後、申請家族の状況に変更が生じた場合は、速やかに申し出ます。  
 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、その間の給付金の返還を求められることに異議申し立て致しません。

申請家族の業種	
---------	--

直接的必要経費として自己申告する経費とその内容を、太枠部分へ記入してください。  
 ★のついている科目を申告する場合は、用途が事業用であることを裏付ける資料を添付ください。  
 本申告書および裏付け資料を確認の上、健保にて直接的必要経費の認定可否を行います。  
**※申告頂いた内容がすべて直接的必要経費として認められるとは限りません。**  
 ※必要に応じて内容の問合せや、追加書類を求める場合があります。

経費科目	金額 (円)			備考	認定可否 (健保使用欄)
	事業使用分	自宅使用分	合計金額		
売上原価	/	/	_____円	/	可・否 _____円
荷造運賃	/	/	_____円	事業内容によっては、詳細を確認させていただく場合があります。	可・否 _____円
★修繕費	_____円	_____円	_____円	用途が事業用であることを裏付ける資料を添付ください。 資料にて用途が事業用であることを確認できた金額のみ、直接的必要経費として認めます。	可・否 _____円
★消耗品費	_____円	_____円	_____円	用途が事業用であることを裏付ける資料を添付ください。 資料にて用途が事業用であることを確認できた金額のみ、直接的必要経費として認めます。	可・否 _____円
	_____円	_____円	_____円	この列はご使用いただけません。	可・否 _____円
<b>直接的必要経費 合計【B】</b>					_____円

総収入額【A】	_____円
判定基準額【A】 - 【B】	_____円
扶養認定 可・否	可 ・ 否