

平成 年 月 日

常務理事	事務長		係

グラクソ・スミスクライン健康保険組合

理事長 殿

保険証 記号_____番号_____

氏 名_____印

直接的必要経費申告書

被扶養者_____の認定に伴い、自営業者として直接的必要経費の内容について、下記の通り収支内訳書の細目を申告致します。

◎各種経費の混在について該当される項目について選択および記入願います。

『地代家賃』の中には、事業部分と住居部分が混在しています。

『水道光熱費』の中には、事業部分と住居部分が混在しています。

『旅費交通費』の中に含まれる『通勤に伴う経費』は_____円です。

『通信費』の中には、事業用と自宅用が混在しております。

『消耗品費』の中には、事業用と自宅用が混在しております。

◎減価償却費・雑費について該当される項目のみ選択および記入願います。

『減価償却費』の中には、同年中の購入物又はローン返済が有り裏付け書類を添付します。

『雑費』の中には事業用のものが含まれており、裏付け書類を添付します。

◎直接的必要経費として、自己申告する経費の内訳を記入願います。(太枠内を記入願います)

経費科目	金額	内容	認定可否 ※健保組合使用欄
			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場合は、速やかに連絡するとともに、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ございません。