キオクシア健康保険組合常務理事殿

常務理事	事務長	担当

直接的必要経費申告書

令和　　年　　月　　日

保険証等記号		番号	
被保険者氏名			

被扶養者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の認定に伴う、直接的必要経費の内容を以下のとおり申告致します。

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致します。
また、本申請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。

事業内容	

経費科目	内容	金額(円)	事業使用割合(%) 適用額(円)	健保使用欄 認定可否	健保使用欄 設定額(円)

①必要経費合計	
②収入	
②-①	
認定可否	

(記入方法)
・当健康保険組合では、「当健保が認める直接的必要経費一覧表」において○印になっている経費だけを直接的必要経費として認めます。しかし△印や×印の経費で事業を行う上で、どうしても必要で「直接的必要経費」として認定を求める経費についてご記入ください。
・確定申告で事業使用割合が定められている場合は、事業使用割合と適用後の金額を記入してください。