令和　　年　　月　　日

直接的必要経費申告書

イトーキ健康保険組合行

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致します。

●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
			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