

常務理事	事務長	担当

健康保険 個人事業主の被扶養者認定に関する自己申告書（兼）直接的必要経費申告書

被 保 険 者	記号・番号	
	氏名	
	会社名	

認 定 対 象 者 氏 名	氏名		続柄	
	開業日		業種	
	自営業 の内容			

◎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（健保記入欄）
			可・否

- \*同時提出の書類（確定申告書 第1表・第2表・収支計算書または青色申告決算書）と矛盾がないよう  
ご記入ください。なお、補足事項等があれば「自営業の内容」欄に適宜記載ください。
- \*当健保が、経費の内容により、その事業における「直接的必要経費」として認めるか否かを判断します。  
直接的必要経費について、税法上とは異なり、その費用なしには事業が成り立たない必要最小限の範囲  
でしか認められないことにご留意ください。
- \*住居部分と事業部分が異なり、直接的必要経費として賃貸料を申告される場合は、別途認定対象者名義  
賃貸契約書の写し（家賃がわかる箇所を含む）をご提出ください。
- \*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。

【 誓約書 】

- ・個人事業主の直接的必要経費につきまして上記のとおり申告いたします。
- ・今後認定対象者の状況に変更が生じた場合は、速やかに申し出ます。
- ・本申告内容に相違があった、対象被扶養者の実際の年間収入額が基準以上の金額であった、その他の  
理由により、自営業者たる被扶養者の要件を満たさなくなったと貴健康保険組合にて判断された場合、遡って  
対象被扶養者の認定を取消されること、およびこの遡りの期間に貴健康保険組合が負担した医療費・給付等  
があれば遡って返還することに異存ありません。

音羽健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日提出

（事業所名）

（被保険者自筆署名）

印

（認定対象者自筆署名）

印