

直接的必要経費申告書（農業所得用）

SUBARU健康保険組合 御中

保険証記号		番号	
被保険者署名（本人自筆）			

今回、被扶養者の認定を申請する_____（以下、「申請家族」）について以下のとおり申告いたします。今後、申請家族の状況に変更があった場合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り消され、その間の給付金の返還を求められても異存ございません。

申請家族業種		申請家族現住所	
総収入額 [A]	円	事業の所在地	

◎直接的必要経費として自己申告する経費とその内容（費用の詳細）を記入してください。

内容欄の記載事項に該当される方は□に✓して金額等を記入、その裏付け資料を添付してください。

経費科目	金額（円）	内容（費用の詳細を本欄か裏面に記入）	健保使用欄
小作料・賃借料			
減価償却費		<input type="checkbox"/> 同年中に購入したものがありません。 購入金額は_____円です。	
種苗費			
素畜費			
肥料費			
飼料費			
農具費			
農薬衛生費			
諸材料費			
動力光熱費		<input type="checkbox"/> 動力光熱費には住居部分が含まれます。 事業部分のみでは_____円です。	
作業用衣料費		<input type="checkbox"/> 作業用衣料には日常生活用が含まれ、作業専用衣料のみでは_____円です。	
荷造運賃手数料			
土地改良費			

健保使用欄（申告者は記入不要）：判定基準額が収入基準以上の場合は認定不可となります。

直接的必要 経費合計 [B]	円	判定基準額 [A-B]	円	認定可否	可・不可
-------------------	---	----------------	---	------	------

◎自営業者等の被扶養者認定を申請するにあたり、経費内容の詳細や追加で申し出たい事項については下の余白に記入してください。