

申出書（自営業による事業実績が1年未満）

事業所名以外は、すべて被保険者にて自署ください。

1 扶養認定対象者 ①氏名 _____ ②続柄 _____

2 事業開始日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 事業実績

直近3ヶ月間の事業実績を記入の上、内容が確認できる資料（元帳または証憑の写し）を添付してください。

科 目	金 額(円)		
	年 月	年 月	年 月
①収入金額			
②売上原価(仕入れ額等)			
③差引金額(①-②)			
④直接的必要経費			
直接的必要経費として自己申告するものがあれば、右欄に経費科目、金額を記載してください。			

3 上記の被扶養認定対象者の認定にあたり以下の事項を誓約します。

（内容を確認のうえ、チェック（☑）してください。）

- (1) 確定申告を行い次第、次の書類（写し）を遅延なく提出すること
 ①確定申告書（第一表・第二表）、②収支内訳書（損益計算書）
 いずれも税務署の受付印があること（電子申請の場合は受理日時が記載されていること）。
 確定申告を行わない場合は、上記①に代えて③住民税申告書で可。
- (2) 認定後においても、組合が必要と判断した際には、組合が依頼する書類等の提出に協力すること
- (3) 上記1の扶養認定対象者の審査にあたり、本件申出書の事情を慎重に考慮のうえ下した当組合の判断を尊重し、一切異議を申し立てないこと
- (4) 次に該当の場合は、異議申立てを行うことなく、速やかに認定日まで遡った取消の手続きを行うこと。また、取消日以降の給付については、その全額を組合に返還すること
 ア) 申請内容に虚偽・隠ぺいが判明したとき
 イ) 扶養要件を満たしていないことが判明したとき
 ウ) 組合において、上記（1）及び（3）と反する取扱いがあったと判断したとき
 エ) その他、本件申請において悪意のある意思・行動が確認されたとき

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地域医療振興協会健康保険組合

理事長 小池 宏明 殿

以上について、申立ていたします。

事業所名 _____

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____