

自 営 業 に つ い て

自 営 (継 続 ・ 休 業 ・ 廃 業)

被扶養者氏名		続柄					
自 宅 住 所							
事 業 所 住 所							
業 種							
業 務 内 容 ※具体的に							
事業開始日	平成・令和	年	月 日				
今回扶養申請している家族の方は、 第三者へ給与を支給していますか？	該当に○をつけてください 給与を支給している ・ 給与を支給していない						
備 考 欄							
● 今後の売上(収入)金額 (雑収入を含む) ※ 結果的に右記の金額が130万円(60才以上と障害者は180万円)以上となったときは、医療費の返還が必要になる場合があります。		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">売上(収入)金額 (雑収入を含む)</td> </tr> <tr> <td style="width: 80%; text-align: center;">年間</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">円</td> </tr> </table>		売上(収入)金額 (雑収入を含む)		年間	円
売上(収入)金額 (雑収入を含む)							
年間	円						

○は該当する場合のみ記入

○ 廃業しないが休業する場合

休業理由			
休 業 期 間		売上(収入)金額 (雑収入を含む)	
平成 令和	年 月 日 ~	平成 令和	年 月 日
			左記期間中 円

※休業期間終了後5日以内に健康保険扶養削除の手続きをしてください。

○ 廃業した場合

廃 業 日	平成 令和	年	月	日	※ 廃業届(写) 添付必須
-------	----------	---	---	---	---------------

うえのとおり相違ありません

また、上に記載した年間収入が130万円(60才以上・障害者は180万円)を超えた場合は、認定日以降の医療費・現金給付等全て返金します。

※ 捺印日・署名

記 入 日 令和 年 月 日

被 保 険 者
(社員)氏名

(印)

※ 全て被保険者が、事実確認をしたうえで記入・署名・捺印してください。

※ 上記について、後日「確定申告書等のコピー(収支内訳書(写)または損益計算書(写)含む)」と「課税非課税証明」を提出していただきます。