

平成 年分 特定一般用医薬品等購入費を
支払った場合の所得控除に関する証明依頼書

平成 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合 殿

請求者氏名

印

次のとおり租税特別措置法施行令第26条の27の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める健康の保持増進及び疾病の予防への取組を行ったことの証明を依頼します。

ふりがな				性別	男・女	
氏名						
住所	〒					
保険証の 記号・番号	記号	番号			生年月日	大・昭・平 年 月 日
勤務先 (お勤めの場合)					健診 (検診)名	
健診等実施機関 (※1)					受診日 (※2)	平成 年 月 日

※1 実施医療機関名が不明な場合には記載不要です。

※2 平成29年1月1日以降に受診し、確定申告の対象となる年と同一の年に受診したことが必要です。

平成 年分 特定一般用医薬品等購入費を
支払った場合の所得控除に関する証明書

上記の者は上記のとおり租税特別措置法施行令第26条の27の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める健康の保持増進及び疾病の予防への取組を行ったことを証明します。

平成 年 月 日

【証明者】※

埼玉県薬剤師国民健康保険組合

印

※【証明者】の印がないものは無効です。