

令和 年 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

令和 年 月 日

安城市長 殿

請求者氏名 _____ 印

※代理人に申請を委任するには、請求者氏名及び代理人住所・氏名を請求者をご記入ください。

私は下記の者を代理人と定め、この依頼書の申請及び証明書の受領を委任します。

代理人 住所 _____ 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。

本証明に関する手数料の減免を申請します。

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	年 月 日
電話番号 (※1)		健診 (検診) 名	特定健康診査
健診等実施機関 (※2)		受診日 (※3)	年 月 日

※1 受診確認に時間がかかる場合があります。確認に時間がかかる場合等に連絡ができるようにご記入をお願いします。

※2 実施医療機関名が不明な場合には記載不要です。

※3 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。

令和 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。

令和 年 月 日

【証明者】

安城市国民健康保険 印