

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

年 月 日

八王子市長 石森 孝志 殿

依頼者氏名 (署名)

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	〒 電話番号 () -		
被保険者番号	※国民健康保険加入者のみ	生年月日	大・昭・平 年 月 日
健診(検診)名	特定健康診査 ・ 肺がん検診 ・ 大腸がん検診 ・ 乳がん検診 子宮頸がん検診 ・ 胃がん検診 ・ 18歳～39歳の健康診査		
健診等実施機関 (※1)		受診日 (※2)	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。

〈事務局記入欄〉

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省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

八王子市長 石森 孝志

事務取扱者

(八王子市医療保険部成人健診課 TEL042-620-7428)