

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

東京都北区長 殿

依頼者氏名 _____

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(証明対象者)				性別	男 ・ 女
住 所	〒 _____ 電話 (_____) _____				
保険証の 記号・番号	記号	番号	生年 月日	昭 年 月 日	
勤務先 (お勤めの場合)	記載不要			健診名	特定健康診査
健診等実施機関 (※1)				受診日 (※2)	年 月 日
窓口に来た人 (郵送依頼した人)	<input type="checkbox"/> 同上				本人 との 関係
	住所:				
	氏名:				

※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。

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、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。

年 月 日

【証明者】

東京都北区長 印