

平成 29 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

那珂川町長 殿

請求者 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					
住 所	〒				
保険証の記 号・番号	記 号	番 号	生年	大・昭・平	
			月日	年 月 日	
勤務先 (お勤めの場合)	(記載不要)		健診 (検診)名	特定健康診査	
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 29 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

那珂川町長 福島 泰夫 ㊟