

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

那珂川町長 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	〒 _____			
記号・番号	記 号	番 号	生年 月 日	年 月 日
勤務先 (お勤めの場合)	(記載不要)		特定 (健診)名	特定健康診査
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。

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。

年 月 日

那珂川町長 印

(那珂川町国民健康保険扱 電話 0287-92-1112)