

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依頼書

令和●●年●月●日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

請求者氏名 広域 連合郎

広域  
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	こういき れんごろう	性別	男・女
氏名	広域 連合郎		
住所	〒 761-0066 高松市福岡町二丁目3番2号		
電話番号	(連絡の取れる連絡先を記入) 012-345-6789		
保険証の番号	01234567	生年月日	明・大・昭 ●●年●月●日
健診名	健康診査	受診日 (※2)	●●年●月●日
健診等実施機関(※1)	●●医院	広域連合 記入欄	

※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。

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】 香川県後期高齢者医療広域連合長 印

- 切手を貼った返信用封筒に、住所氏名等を御記入の上、「証明依頼書」と一緒に郵送してください。

あて先

切手 〒760-0066

香川県高松市福岡町二丁目3番2号

香川県後期高齢者医療広域連合  
保健事業グループ 宛  
(セルフメディケーション税制)

返信用封筒

切手 〒●●●-●●●●

香川県●●市●●町●●●番●号

●● ●● 様