

平成
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

(あて先)

- 神奈川県後期高齢者医療広域連合長
 横浜市長

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							性別	
住所	〒 _____ 電話 _____							
保険証の 記号・番号	記号	番号					生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

※市(区)町村記入欄

健診名	<input type="checkbox"/> 横浜市健康診査 <input type="checkbox"/> 横浜市特定健康診査	受診日	平成 令和 年 月 日
健診実施 市(区)町村名	横浜市	健診等実施 機関名	

平成
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

(保険者名)

(保険者の長)

(担当部署)

印