

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

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

請求者名 \_\_\_\_\_ 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予防の取組を行ったことの証明を依頼します。

フリガナ				性別
氏名				男・女
住所	〒			
保険証記号・番号	記号	番号		生年月日
				昭・平 年 月 日
勤務先 (お努めの場合)			取組内容 (※1)	
取組実施機関(※2)			取組した日 (※3)	

※1 取組とは組合が実施する特定健診・各種健診(ドック)・インフルエンザ予防接種のいずれかです。

※2 実施機関名が不明な場合は記載不要です。

※3 確定申告の対象となる同一の年に取組を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予防の取組を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

証明者

埼玉県薬剤師国民健康保険組合 理事長 印

証明者印がないものは無効です。