

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

文京区長 殿

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	生年月日	大・昭・平	
	0 5 -				年 月 日
健診(検診)名					
健診等実施医療機関			受診日 (※1)	年 月 日	
郵送依頼した人	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	住所	<input type="checkbox"/> 同上			
	電話				

※1 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。

文京区記入欄

本人確認	免・保・年・個カ・その他 ( )
------	------------------