

第1号様式（第3条関係）

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

東京都武蔵村山市長 殿

請求者氏名 _____

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	〒		
被保険者番号		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
健診名等	<input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律第20条の規定による特定健康診査 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律第24条の規定による特定保健指導 <input type="checkbox"/> 武蔵村山市国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成金交付要綱第3条第1号に規定する人間ドック ※いずれかにチェックを付ける。		
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は、記載不要です。

※2 平成31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。

(日本産業規格A列4番)

証明依頼書 記入例

第1号様式（第3条関係）

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

〇〇 年 〇 月 〇 日

東京都武蔵村山市長 殿

請求する方（本人）の氏名 又は

請求者氏名 代理請求する方の氏名

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	該当性別に○をつける 男 ・ 女
氏名	証明書を発行する方の氏名		
住所	〒208- 武蔵村山市		
被保険者番号	資格確認書の被保険者番号を記載	生年月日	該当和暦に○をつける 大・昭・平・令 年 月 日
健診名等	<input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律第20条の規定による特定健康診査 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律第24条の規定による特定保健指導 <input checked="" type="checkbox"/> 武蔵村山市国民健康保険・後期高齢者医療保険人間ドック等受診料助成金交付要綱第3条第1号に規定する人間ドック ※いずれかにチェックを付ける。		
健診等実施機関 (※1)	人間ドックを受診した医療機関名	受診日 (※2)	人間ドックの受診日 年 月 日

※1 実施医療機関名が不明な場合は、記載不要です。

※2 平成31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。

(日本産業規格A列4番)