

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

岸和田市長 様

請求者氏名（署名）

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	〒 電話() -				
保険証の 記号・番号	記 号	番 号	生年 月 日	昭・平 年 月 日	
	岸 国				
勤務先 (お勤めの場合)	記載不要		健診名	特定健康診査 人間ドック	
健診等実施 機関(※ 1)			受診日 (※ 2)	令和 年 月 日	

※ 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 2 9 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

岸和田市長