

平成29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

平成30年1月20日

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 殿

請求者氏名 国保太郎 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	こくほ たろう		性別	男・女
氏名	国保太郎			
住所	〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-29			
保険証の記号・番号	記号	番号	生年月日	大昭平 60年4月2日
	87-1324	1234		
勤務先 (お勤めの場合)	田中左官		健診 (検診)名	生活習慣病健診
健診等実施機関(※1)	全国健康予防協会		受診日 (※2)	平成 29年1月30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。

黒枠内は記載しないでください。

上記の者  
定に基づき  
行ったこと  
1項の規  
の取組を

平成 年 月 日

【証明者】

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合

理事長 長谷川 哲義 印

※3 保険者、保険者の長、担当部署、担当部署の責任者又は担当者等を記入のうえ、押印して下さい。