

\_\_\_\_\_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

(依頼先)

福岡県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長

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	〒 _____		
電話番号 (※1)	_____	生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者番号		健診名	後期高齢者健康診査
健診実施機関 (※2)		受診日 (※3)	年 月 日

※1 昼間連絡がとれる電話番号を記入してください。携帯電話可。

※2 個別健診を受けた場合は、受診した病院等の「実施機関名」、市町村の集団健診を受けた場合は、「市町村名」を記入してください。

※3 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。

(添付資料)

・健康診査結果表

\_\_\_\_\_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の予防への取組を行ったことを証明します。

年 月 日

【証明者】 福岡県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長

(裏面)

<被保険者の方へ>

- 租税特別措置法第 41 条の 17 の 2 の規定に基づき特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の所得控除（セルフメディケーション税制（医療費控除の特例））の適用を受けようとする場合であって、医療保険各法等の規定に基づく健康診査を受診したこと等の証明が必要な方は、この依頼書に必要事項を御記入のうえ、「健康診査結果表」を資料として添付し、福岡県後期高齢者医療広域連合に提出してください。
- ただし、以下の領収書や結果通知表等のいずれかがあれば、保険者からの証明は必要ありません。該当する領収書や結果通知表を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。
  - ▶ インフルエンザの予防接種又は定期予防接種（高齢者の肺炎球菌感染症等）の領収書又は予防接種済証
  - ▶ 市町村のがん検診の領収書又は結果通知表
  - ▶ 勤務先が実施する定期健康診断の領収書又は結果通知表※ただし、「定期健康診断」及び「勤務先又は健康保険組合の名称」の記載が必要。

注：いずれの場合でも、提出書類には次の①～③の記載が必要です。

①氏名、②取組を行った年（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ものであること）、③事業を行った保険者、事業者若しくは市町村（特別区を含む）の名称又は診察を行った医療機関の名称若しくは医師の氏名。

- 依頼書を提出して保険者から証明を受けた場合は、確定申告書にこの証明書を添付するか、確定申告の際に窓口提示してください。
- 証明には受診の確認に時間を要するため、余裕を持って依頼してください。
- 本税制の対象品目など、詳細については、下記の厚生労働省HPをご覧ください。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html>