

# 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

確定申告の対象となる年を記入してください。

令和 年 月 日

(依頼先)

福岡県後期高齢者医療広域連合長

請求者氏名 広域 連合太郎

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	こういき れんごうたろう		性別	男・女
氏名	広域 連合太郎			
住所	〒812-0044 福岡市博多区千代4丁目1-27		昼間連絡のつく電話番号を記入してください。	
電話番号 (※1)	092-651-3111	生年月日	明・大(昭)	11年11月11日
被保険者番号	01234567	健診名	後期高齢者健康診査	
健診実施機関 (※2)	後期高齢者クリニック	受診日 (※3)	令和	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「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～令和3年12月31日の間に受診し、確定申告の対象となる年と同一の年に受診したことを証明してください。

医療機関で受診した場合は、「病院名」  
集団健診を受けた場合は、「〇〇市集団健診」  
を記入してください。

令和3年分の確定申告の対象は、  
令和3年1月～令和3年12月の間に受診  
したものに限りです。

## 〈郵送先〉

〒812-0044 福岡市博多区千代4丁目1-27福岡県自治会館5階  
福岡県後期高齢者医療広域連合 健康企画課 健康企画係 行

※添付書類として「健康診査結果表」が必要です。(お手元がない場合は、お問い合わせセンター電話092651-3111に御相談ください。)

※証明依頼書(必要事項を記入したもの)と健康診査結果表を封筒に入れて切手を貼って送ってください。