

# 記入例

様式1号（第4条関係）

## 令和〇年分 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

令和〇年〇月〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

請求者氏名 後期 太郎 印

必ず押印↑

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	こうき たろう	性別	男・女
氏名	後期 太郎		
住所	〒900-1234 うるま市石川石崎 1-2		
保険証の番号	被保険者番号 01234567	生年月日	大・昭 10年 1月 1日
電話番号	※できれば携帯番号も記入	健診名	長寿健診
健診等実施機関（※1）	XX 医院（不明な場合は記載不要）	受診日 （※2）	令和〇年 8月 1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。

## 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。

年 月 日

【証明者】 沖縄県後期高齢者医療広域連合

印