

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

(あて先)

新潟県後期高齢者医療広域連合長 殿

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		生年	明・大・昭
住所	〒	月日	年 月 日
		電話番号	()
保険証の 記号・番号	被保険者番号	健診名	
健診等実施 機関(※1)		受診日 (※2)	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 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。

令和 年 月 日

【証明者】

新潟県後期高齢者医療広域連合長 _____ 印

(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上、保険者に御提出下さい。

○ 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下さい。

➢ 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

➢ 後期高齢者健康診査の領収書又は結果通知表

※ただし、「後期高齢者健康診査」という名称又は「保険者名（御加入の医療保険の名称）」の記載が必要。

➢ 人間ドックやがん検診を始めとする各種健診（検診）の領収書又は結果通知表

※ただし、「勤務先（会社等）名称」「保険者（御加入の医療保険の名称）」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に提示して下さい。

○ 保険者の証明には時間を要することが予想されるため、余裕を持って依頼して下さい。

○ 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を御覧下さい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html>

〇〇年分 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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先)
新潟県後期高齢者医療広域連合長 殿請求者氏名 広域太郎

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 たろう	性別	男 ・ 女
氏名	広域太郎	生年	明・大・昭
住所	〒950-▲▲▲▲ 新潟市中央区〇〇〇〇	月日	17年 4月 1日
		電話番号	025 ()
保険証の 記号・番号	被保険者番号	健診名	後期高齢者健康診査
	12345678		
健診等実施 機関(※1)	〇〇クリニック	受診日 (※2)	〇〇年 6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。

令和 年 月 日

【証明者】

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

(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上、保険者に御提出下さい。

○ 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下さい。

➢ 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

➢ 後期高齢者健康診査の領収書又は結果通知表

※ただし、「後期高齢者健康診査」という名称又は「保険者名（御加入の医療保険の名称）」の記載が必要。

➢ 人間ドックやがん検診を始めとする各種健診（検診）の領収書又は結果通知表

※ただし、「勤務先（会社等）名称」「保険者（御加入の医療保険の名称）」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に提示して下さい。

○ 保険者の証明には時間を要することが予想されるため、余裕を持って依頼して下さい。

○ 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を御覧下さい。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html>