

支 部 欄				本 部 欄				
-------------	--	--	--	-------------	--	--	--	--

平成 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

保険証の 記号番号	建 —	生年 月 日	S · H 年 月 日
氏名			性別 男 · 女
健診 (検診) 等の 名称・ 受診日	受診した健診等に○印 (複数可)		受診した日 (わかれば記入)
	1、インフルエンザ予防接種		年 月 日
	2、長建国保が行う定期健康診断		年 月 日
	3、長建国保が行う特定健康診査		年 月 日
	4、人間ドック (長建国保から補助)		年 月 日
	5、がん検診 (長建国保が行うもの)		年 月 日

【ご留意いただきたい点】

1. いずれの健診も領収書又は結果通知表があればこの証明は必要ありません。
2. 証明日時時点で長建国保が実施または補助を行ったことがわかる健診・予防接種に限られます。
受診が確認できないものや他の団体等で受診し長建国保の補助がないものは証明できません。
3. 平成 29 年 1 月以降に受診し、確定申告の対象となる年と同じ年に受診したことが必要です。
4. 確定申告される方のみ証明が必要となり、扶養家族の方は必要ありません。
5. 発行された証明書は、確定申告書に添付するか、確定申告の際に窓口に提示してください。

上記の通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。

届出日 年 月 日
(届出日は必ず記入すること)

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

住 所

組合員氏名 ㊞

組合名及び理事 (組合長) 氏名	処理年月日 年 月 日
㊞	