

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

平成 年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 殿

請求者氏名 _____ 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		性別	男 ・ 女
氏名			
住所	〒 _____ Tel _____		
被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
勤務先 (お勤めの場合)		健診 (検診)名	
健診等実施機関 (※1)		受診日 (※2)	平成 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。

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。

平成 年 月 日

【証明者】

福井県後期高齢者医療広域連合長 東村 新一 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、この依頼書に必要な事項をご記入のうえ、ご加入の保険者の窓口へ提出下さい。

- 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
 - ▶ 職場で受けた定期健康診断の結果通知表
 - ※ただし、「定期健康診断」という名称又は「勤務先（会社等）名称」の記載が必要。
 - ▶ 特定健康診査の領収書又は結果通知表
 - ※ただし、「特定健康診査」という名称又は「保険者名（ご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」「保険者名（ご加入の健保組合等の名称）」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へ提示して下さい。

- 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をご覧ください。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html>

<保険者の方へ>

- 被保険者からこの依頼書の提出があった場合には、記載事項が適正に記載されていることを確認し、その者が健康診査を受診していると認められる場合には、証明者欄に記入の上、被保険者に証明書を交付して下さい。

(参考)【セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）】

健康の維持増進及び疾病予防への取組として一定の取組（インフルエンザ予防接種、定期健康診断、特定健康診査、がん検診等）を行う個人が、平成29年1月1日から平成33年12月31日までの間、スイッチOTC医薬品の年間購入額が1万2,000円を超えた場合、その超える部分の金額（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む。上限金額88,000円）が所得控除の対象となります。