

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

令和〇年〇月〇〇日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

(依頼者)

住所 佐賀市大和町大字尼寺 1870 番地
氏名 広 域 太 郎 ㊟
電話番号 0952-64-8476
被保険者との続柄 本人

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。

被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7
住 所	〒840-0201 佐賀市大和町大字尼寺 1870 番地
ふ り が な	こういき たろう
氏 名	広 域 太 郎
生 年 月 日	明治 大正 1 5 年 1 月 2 3 日 昭和
健 診 名	佐賀県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 第3条第1号により実施する健康診査
健 診 方 法	1 健康診査 2 歯科健診
健診受診日(※)	令和〇年 〇月 〇日

※ 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。

<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、後期高齢者健診を受診したことの証明が必要な方は、この依頼書に必要事項をご記入のうえ、お住まいの市町の後期高齢者医療の担当窓口にご提出ください。

- 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、この証明は必要ありません。該当する領収書や結果通知表の確定申告書への添付や確定申告の際の提示は必要ありませんが、明細書の記入内容の確認のため税務署から求められる場合がありますので、確定申告期限等から 5 年間ご自宅等で保管してください。
 - ・ 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
 - ・ 人間ドックやがん検診をはじめとする各種健診（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（加入医療保険名称）」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】

- 証明書の交付には時間を要することが予想されるため、余裕をもって依頼してください。

- 本税制の対象品目など、詳細については厚生労働省ホームページをご覧ください。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html>

(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、1 月 1 日から 12 月 31 日までの間、特定一般用医薬品等の年間購入額が 12,000 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。