

郵 送 用

別記第2号様式（第3条関係）

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

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

依頼者氏名 \_\_\_\_\_ 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			
被保険者番号		生 年 月 日	年 月 日
健 診 名	東京都後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成19年東京都後期高齢者医療広域連合条例第44号）第2条に規定する健康診査		
健診実施機関 （※1）		受診日 （※2）	年 月 日
郵送依頼 した人	<input type="checkbox"/> 同上		
	住 所：	<input type="checkbox"/> 同上	本人 との 関係
	氏 名：		
	電 話：		

※1… 健診実施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。

本人確認	免 ・ 保 ・ 年 ・ 個カ ・ その他（ ）
代理権確認	委任状 ・ 登記簿謄本 ・ その他（ ）

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記載例

本人による依頼の場合

令和 ●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

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

依頼者氏名 広域 花子

氏名を自署している場合は、押印を省略できます。

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 はなこ	性別	男 ・ 女
氏名	広域 花子		
住所	東京都千代田区飯田橋3-5-1		
被保険者番号	01234567	生年月日	昭和 ●年 ●月 ●日
健診名	東京都後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例 (平成19年条例第44号) 第2条に規定する健康診査		
健診実施機関 (※1)	東京区政会館クリニック	受診日 (※2)	令和 ●年 ●月 ●日
郵送依頼 した人	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	本人 との 関係	子
	住所: <input type="checkbox"/> 同上		
	氏名: 広域 花子		
	電話: 03-●●●●-●●●●		

※1… 健診実施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。

後期高齢者医療担当職員の記載箇所であるため、記載は不要です。

代理人による依頼の場合

基本的に上記と同様ですが、「郵送依頼した人」欄に、代理人の方の情報を記載します。

郵送依頼 した人	<input type="checkbox"/> 同上	本人 との 関係	子
	住所: <input type="checkbox"/> 同上		
	住所: 東京都国分寺市戸倉1-6-1		
	氏名: 広域 一郎		
	電話: 03-●●●●-●●●●		

被保険者番号は、以下の太枠内の8ケタの数字を記載してください。

・後期高齢者医療被保険者証

後期高齢者医療被保険者証		有効期限
被保険者番号	01234567	令和 7年 7月 31日
氏名	広域 花子	性別 女
生年月日	昭和 5年 12月 30日	
資格取得年月日	平成 20年 4月 1日	
発効期日	令和 2年 8月 1日	
交付年月日	令和 6年 8月 1日	
一部負担金の割合	1割	
保険者番号	39131234	
保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合	

・後期高齢者医療資格確認書

後期高齢者医療資格確認書		有効期限
被保険者番号	01234567	令和 7年 7月 31日
氏名	広域 花子	性別 女
生年月日	昭和 24年 12月 30日	
資格取得年月日	令和 8年 12月 30日	
交付年月日	令和 8年 12月 30日	
負担割合・発効期日	1割	
限度区分・発効期日	令和 8年 12月 30日	
長期入院該当日 特定疾患区分・発効期日		
保険者番号	39131234	
保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合	

上記依頼者本人が郵送で依頼する場合は、「同上」にチェックします。

必ず電話番号を記載してください。  
郵送での依頼の場合は、お電話にてご案内することがあります。

上記依頼者との関係を記載します。  
なお、依頼者から見た関係を記載してください。