

(様式第21号)

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

京都市市町村職員共済組合理事長 様

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。

組 合 員	ふりがな			性 別	男 ・ 女			
	氏 名							
住 所	〒							
記 号 番 号	記 号	番 号	生 年 日 月 日	昭和 年 月 日				
				平成				
所 属 所 名			健 診 別 種 別	巡 回 健 診	人 間 ド ッ ク	特 定 健 康 診 査	特 定 保 健 指 導	
対 象 者	ふりがな							○で囲んで ください。
氏 名			区 分	組 合 員 ・ 被 扶 養 者 ○で囲んでください				
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。

年 月 日

京都市市町村職員共済組合理事長

(裏面)

<組合員の方へ>

- 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ご記入のうえ、所属所共済組合事務担当者を経由して提出してください。

なお、本証明書に代えて下記の書類が代用できる場合があります。

- ・ 巡回健診の結果表（写）
- ・ 人間ドックの結果表（写）

※ただし、「所属所名」もしくは「京都市町村職員共済組合」の記載が必要です。

- ・ 特定健康診査の領収書原本又は結果表（写）

※ただし、「特定健康診査」の名称もしくは「京都市町村職員共済組合」の記載が必要です。

- セルフメディケーション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。

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