

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

令和 年 月 日

(宛先) 川崎市長

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				電話	— —	
住所	〒					
保険証の 記号・番号	記号	番号			生年月日	大正・昭和 年 月 日

※市記入欄

健診名	<input type="checkbox"/> 川崎市国民健康保険特定健康診査 <input type="checkbox"/> 川崎市国民健康保険35歳～39歳健康診査	受診日	平成 年 月 日
健診実施 市(区)町村名	川崎市	健診実施 機関名	

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

川崎市証明健健第 号

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。

令和 年 月 日

川崎市長 福田紀彦 印

川崎市国民健康保険  
(事務担当) 川崎市健康福祉局保健所  
健康増進課健診担当  
電話 044-200-3426  
FAX 044-200-3986