

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

(あて先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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。

ふりがな		性別	男・女
氏名			
住所	〒	電話	— —
被保険者番号		生年月日	大正・昭和 年 月 日

※市(区)町村記入欄

健診名	川崎市後期高齢者健康診査	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

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

神奈川県後期高齢者医療広域連合

連合長 福田紀彦 印

事務担当 神奈川県後期高齢者医療広域連合  
給付課 管理・システム係  
電話 045-440-6700

<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、市(区)町村で実施された後期高齢者医療被保険者向け健康診査を受診したことの証明が必要な神奈川県後期高齢者医療被保険者の方は、この依頼書に必要な事項をご記入のうえ、健康診査の結果通知表をお持ちになり、お住まいの市(区)町村の後期高齢者医療担当窓口にご提出ください。後日、神奈川県後期高齢者医療広域連合から証明書を郵送します。

○ 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ください。

➤ インフルエンザの予防接種または定期予防接種（高齢者の肺炎球菌感染症等）の領収書または予防接種済証

➤ 市(区)町村のがん検診の領収書または結果通知表

➤ 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」という名称または「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）の領収書または結果通知表

※ただし、「保険者名（〇〇市国民健康保険等。単に市(区)町村名のみの記載を除く）」、

勤務先で各種健診（検診）を受診した場合は「勤務先（会社等）名称」または「保険者名（ご加入の健康保険組合等の名称）」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、事業者もしくは市(区)町村の名称または診察を行った医療機関の名称もしくは医師の氏名。】

○ 依頼書を提出して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、確定申告の際に提示してください。

○ 証明には時間を要する場合がありますので、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。

<http://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、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 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。