

令和 年 月 日

(あて先) 藤岡市長

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和_____年に使用したおむつ代の医療費
控除の証明に必要な事項について、確認願います。

申 出 者	被保険者番号											
	住所											
	氏名						生年 月日	年 月 日				

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1 年目 2 年目以降

※市役所記入欄（下記には記入しないでください）

被保険者番号	Ⓔ作成日	Ⓕ有効期間	Ⓖ	Ⓖ