

富医発第 480 号
平成 30 年 7 月 18 日

医療機関の長 殿

公益社団法人富山県医師会
会長 馬 瀬 大 助

平成 30 年 7 月豪雨による被災医療機関等支援金へのご協力をお願い

日本医師会では、今回の西日本を中心とする豪雨災害で被災された医療機関及び地元医師会を支援するため支援金を募ることを決定しました。本会ではその趣旨に賛同し、会員の皆様にご協力をお願いすることいたしましたので、何卒ご支援をお願いいたします。
なお、支援金の支払い方法は下記のとおりです。

記

1. 支援金受付

銀行名 三井住友銀行 神田支店
口座番号 普通預金 3314396
口座名 日医平成 30 年 7 月豪雨支援金

※富山県医師信用組合から上記口座に振り込んでいただければ振込手数料は無料となります（医師信用組合が負担）。

※他の金融機関から直接振り込みをされる場合、手数料は各自ご負担願います。

2. 受付期間 平成 30 年 7 月 17 日～8 月 31 日

※ 医師信用組合からお振り込みいただく際は、医師信用組合の義援金担当者にお電話ください。普通預金払戻請求書をお送りします。（TEL 076-429-6272）

※ 上記支援金の税法上の扱いについては、「特定公益増進法人に対する寄附金」に該当します。個人の方は寄附金控除（所得控除）、法人（医療法人等）の方は損金算入ができます。領収証が必要な方は、別紙「寄附金領収証発行依頼書」に必要事項をご記入のうえ、日本医師会経理課あて FAX してください。

なお、寄附金控除の詳細は、国税庁のホームページ又は管轄税務署等にお問い合わせください。

（お問合せ先：日本医師会経理課 TEL 03-3942-6486）

(別紙)

日本医師会/経理課 行き
(FAX03-3946-6295)

平成 30 年 月 日

公益社団法人日本医師会
会長 横 倉 義 武 殿

寄附金領収証発行依頼書

平成 30 年 7 月豪雨の支援活動に賛同し寄附をしますので、入金確認後、下記内容にて領収証の発行を依頼いたします。

記

1. 寄附金額： 金 _____ 円也
2. 寄附者名（領収証の宛名）： _____
3. 送付先： 〒 _____

4. 振込日： 平成 30 年 月 日
5. 連絡先： 担当者名 _____
電話番号 _____