



福岡県医師会第 384 号 (総)
令和 6 年 5 月 1 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

台湾東部地震への医療支援について (お願い)

今般、日本医師会より、令和 6 年 4 月 3 日に発生した台湾東部沖を震源とする地震について、甚大な被害が確認されたことから支援金の協力依頼がありました。

本会といたしましては、台湾各地における被害状況を鑑み、本会が郡市医師会並びに会員を代表して 100 万円寄附することを、第 3 回全理事会 (令和 6 年 4 月 25 日) で決定いたしました。

つきましては、貴会会員が個別にご協力いただける場合は、下記口座へ直接お振込みいただけますよう、ご周知の程何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 受 付 期 間 令和 6 年 4 月 12 日～5 月 31 日

2. 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 No.3 6 5 8 2 8 2

口 座 名：公益社団法人日本医師会 台湾東部地震医療支援金

フリガナ名：シャ) ニホンイシカイタイワントウバシシヨリョウシエンキン

※手数料は各自ご負担願います。

3. 税務上の取扱いについては別紙 1 をご参照ください。

4. 領収書について

領収書の発行を希望される場合は、別紙 2「寄附金領収書発行依頼書」に必要事項をご記入のうえ、日本医師会経理課へお送りください。

小郡三井医師会より

広報担当理事 田中久志
会長 島田昇二郎

日医発第 114 号(総務)(経理)

令和 6 年 4 月 1 2 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会

会長 松 本 吉 郎

(公印省略)

台湾東部地震への医療支援について (お願い)

去る 4 月 3 日に発生した台湾東部沖を震源とするマグニチュード 7.7 の地震では、台湾各地において甚大な被害が確認されております。

そのため、すでに日本医師会では、台湾医師会に対し 1,500 万円の支援金の支出を決定いたしました。事態の深刻さに鑑み、全国の医師会及び会員の先生方からの支援金を募るべく、寄附口座を開設することといたしました。

貴会におかれましては、本趣旨にご賛同いただき、貴会管下郡市区等医師会及び会員各位のご協力につきまして、ご高配賜りますようよろしくお願いいたします。

なお、お寄せいただきました支援金は、すべて台湾医師会に支出いたします。

支援金の送付方法につきましては、下記をご覧ください。

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 3 6 5 8 2 8 2

口 座 名 : 公益社団法人日本医師会 台湾東部地震医療支援金

フリガナ名 : シヤ)ニホイシカイタイワントウフバシ`シンイリヨウシエンキン

* 手数料は各自ご負担願います。

* 税務上の取扱い (別紙 1 参照)

2. 受付期間 令和 6 年 4 月 1 2 日 ~ 5 月 3 1 日

3. 領収書について

領収書の発行をご希望される場合は、別紙 2「寄附金領収書発行依頼書」に必要な事項をご記入のうえ、本会経理課へご送付ください。

「台湾東部地震医療支援金」の税法上の取扱いについて

1. この度の支援金は、「特定公益増進法人に対する寄附金」に該当し、税制上の優遇措置を受けることができます。

(1) 個人の場合

所得税の控除として、「所得控除」と「税額控除」のいずれか有利な方を選択できます。

①所得控除：寄附金合計額(*1)－2,000 円＝所得の控除額

*1 年間所得金額の 40%相当額が上限

②税額控除：(寄附金合計額(*1)－2,000 円) ×40%＝所得税の控除 (*2)

*1 年間所得金額の 40%相当額が上限

*2 所得税額の 25%が上限

(2) 法人の場合（医療法人等）

「一般の寄附金」とは別枠で損金算入ができます。

上記の詳細な取扱いについては、国税庁のホームページ若しくは管轄税務署等にお問い合わせください。

2. 領収書の発行について

- (1) ご希望に応じて発行いたしますので、別紙 2「寄附金領収書発行依頼書」を郵送・FAX・電子メールのいずれかの方法で日本医師会経理課までお送りください。
- (2) 領収書のお届けまでは、入金日から最大 2 か月程度かかる見込みとなりますのでご理解のほど宜しくお願いいたします。
- (3) 「税額控除」に必要な証明書を合わせてお送りします。

(問い合わせ先)

日本医師会 経理課

電話：03-3942-6486（直通）

寄附金領収書発行依頼書

公益社団法人 日本医師会経理課 行

件名	台湾東部地震医療支援金		
寄附金額	円		
寄附者名 お名前又は法人名 (領収書宛名)	(フリガナ)		
住 所 (領収書発行先)	(フリガナ) 〒 都・道・府・県 市・区・町・村		
連絡先	担当者名		
	電話番号		
備考			

振込情報 (入金確認のため)	
振込日	月 日
振込元の金融機関	
振込人名義	(寄附者名と振込人名義が異なる場合、 <u>必ず</u> ご記入下さい)

本紙を下記いずれかの方法にて日本医師会経理課宛にお送りください

郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

FAX： 03-3946-6295 電子メール：keiri@po.med.or.jp

※領収書について

日付は支援金口座への入金日となり、送付は入金日から最大2か月程度かかる見込みです。
決算等で領収書発行をお急ぎの場合、上表の備考欄にその旨をご記入ください。

(地区医師会等で支援金をとりまとめの場合、地区医師会等からの入金日が領収書日付となり、送付は日本医師会への入金日から最大2か月程度かかる見込みです)

事務局記入欄		
受付日	月 日	備考
入金日	月 日	
領収書発行	月 日	