

令和 年度分 医療費控除の明細書

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません

この明細書の添付があれば、領収書の提出は不要です
(ただし、5年間保存し、市役所から求められたときは提示または提出しなければなりません)

住 所 _____

氏 名 _____

1 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。
※医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6項目すべてが記載されたものをいいます。
(例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

(1) 医療費通知に記載 された医療費の額	(2) (1) のうちその 年中に実際に支払った 医療費の額	(3) (2) のうち生 命保険や社会保険など で補填される金額
円 ㊦	円 ㊩	円

①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた者、
④療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被保険者等が
支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

⇒(注)健康保険組合等が発行した「医療費のお知らせ」であっても、左記6項目
すべてが記載されていない通知の場合は、対象となりません。

「医療を受けた方の氏名」、「病院・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。
上記1に記入したものについては、記入しないでください。

2 医療費(上記1以外)の明細

(1) 医療を受けた方 の氏名	(2) 病院・薬局などの 支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った医療費の額	(5) (4)のうち生命保険 や社会保険などで補填 される金額
(記入例)ふじみ野 太郎 ※医療を受けた方ごとに記入	医療法人 ○○病院 ※病院・薬局ごとに記入	☒ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費	120,000 円 ※複数回の通院などは 支払額の合計を記入	円
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
2の合計			㊦	㊩

医療費の合計	A	(㊦ + ㊩) 円	B	(㊩ + ㊩) 円
--------	---	-----------	---	-----------

※上記明細を書き切れない場合は、複写して使用していただくか、白紙の用紙に記入してください。

・申告書の計算に用いる控除額は、次の計算式を用いて算出します。

A 支払った医療費の 合計額	－	B 保険などで補填 される金額	－	総所得金額等の合計額の5%または 10万円のいずれか低い額	=	医療費控除の金額 (限度200万円)
-------------------	---	--------------------	---	----------------------------------	---	-----------------------