

令和 年分 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。

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、所定の事項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 ア	円 イ	円

2 医療費（上記1以外）の明細

「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に記入したのものについては、記入しないでください。

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(円)	⑤ ④のうち生命保険や社会保険などで補填される金額(円)
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス		
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
小計				

2 の 合 計			ウ	円	エ	円
---------	--	--	---	---	---	---

医 療 費 の 合 計			Ⓐ（ア＋ウ）		円	Ⓑ（イ＋エ）		円
-------------	--	--	--------	--	---	--------	--	---

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計)	円	A
保険金などで補填される金額			B
差引金額 (A - B)	(赤字のときは0円)		C
所得金額の合計額			D
D × 0.05	(赤字のときは0円)		E
Eと10万円のいずれか少ない方の金額			F
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円)		G

←住民税申告書表面「4所得から差し引かれる金額」の⑦医療費控除額欄に転記します。

この明細書は申告書と一緒に提出してください