

令和 年度 医療費控除の明細書 (従来の医療費控除)

注意…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。

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。
 ※医療保険者等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指します。
 (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てんされる金額
	円 ㊦		円 ㊩		円

2 医療費の明細

(1 医療費通知に関する事項以外)

「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。なお、上記の『1 医療費通知に関する事項』に記入したものは、記入しないでください。

※欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。

(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	(5)	(4)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
				<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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		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		円		円	
2 の 合 計						㊦	円 ㊩	円	

医療費の合計	(A)	支払った医療費	(B)	保険金などで補てんされる金額	(C)	差引負担額 (A-B)
	㊦+㊩	円	㊦+㊩	円		円

3 申告書への記入

上記の(A)・(B)・(C)を申告書表面「3所得から差し引かれる金額に関する事項」の⑭医療費控除欄に転記してください。

医療費控除を受けるためには「医療費控除の明細書」の添付が必須となります。 医療費の領収書の添付又は提示は不要です。内容確認等のため、市役所から提示又は提出を求め場合があります。医療費の領収書については、**申告期限等から5年間、ご自身で保存してください。** 医療費通知を使用して記載を簡略化した場合は、医療費通知の記載分の医療費の領収書の保存は不要となります。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。