

令和〇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 埼玉県朝霞市本町1-1-1

氏名 朝霞 一郎

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」)

なお、電子証明書等にかかる電磁的記録印刷書面(電子照明等に記録された情報の内容と、その内容が記録された二次元コードが付された出力書面をいいます。)を添付する場合は原本に代えることができます。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額(自己負担額)(注)	(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
円 ㊦	円 ㊧	円

(注) 医療費通知には前年支払い分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

「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。

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(高額療養費など)などで補てんされる金額
朝霞 一郎	Aクリニック	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	65,000 円	0 円
//	B病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	245,000 円	85,000 円
//	C薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	34,560 円	0 円
朝霞 花子	Aクリニック	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	18,000 円	0 円
//	C薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	56,000 円	0 円
//	D医院	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	12,500 円	0 円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
2 の 合 計			㊦ 431,060 円	㊧ 85,000 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)
	㊦+㊧	431,060 円	㊦+㊧	85,000 円		346,060 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る場合があります。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。