

\_\_\_\_年度（ \_\_\_\_年分） 医療費控除の明細書

住所	氏名
----	----

・医療費控除を申請される場合は、申告書にこの明細書を添付してください。対象となる医療費は前年の1月から12月までに支払った医療費となります。  
 ・この明細書で医療費控除の申請をした場合は、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例は受けられません。裏面には何も記入しないようお願いいたします。  
 ・医療費の領収書の提出は不要ですが、医療費控除を適用した年度から5年間保管が必要です。必要に応じて後日提出いただく場合もあります。

**1 医療費通知に関する事項**

医療費通知<sup>※1</sup>を添付する場合、その年間の総額を右の表に記入してください。

右の表に記入した場合、医療費通知（原本）を申告時に添付してください。

記載された医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費（自己負担額）	㊦のうち生命保険や社会保険等で補てんされる金額 <sup>※2</sup>
㊥ 円	㊧ 円

**2 医療費（上記「1 医療費通知に関する事項」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できます。「医療費の区分」が違う場合は分けて記入してください。記入欄が不足した場合は、コピーしてご使用ください。

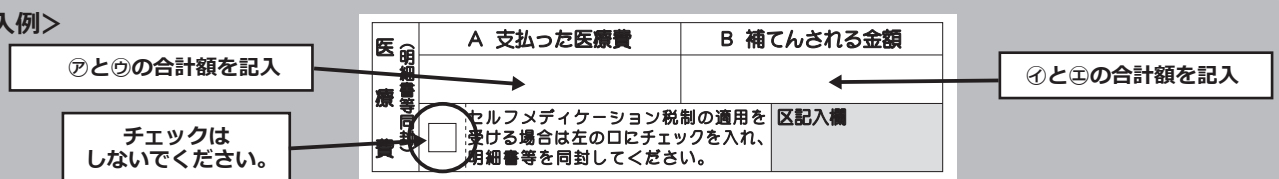
医療を受けた方の氏名	病院・薬局などの支払先の名称	医療費の区分	支払った医療費	左記のうち生命保険や社会保険等で補てんされる金額 <sup>※2</sup>
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他（交通費等）	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	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（交通費等）	円	円
<b>合計</b>			㊥ 円	㊧ 円

**<記入例>**

医療を受けた方の氏名	病院・薬局などの支払先の名称	医療費の区分	支払った医療費	左記のうち生命保険や社会保険等で補てんされる金額 <sup>※2</sup>
住民税 太郎	○△病院	<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（交通費等）	20,000 円	15,000 円
住民税 太郎	JR、○○バス	<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（交通費等）	1,500 円	0 円

**3 申告書への記入方法…下記記入例を参考に、申告書の「②控除（③④以外）について」の欄にご記入ください。**

**<記入例>**



※1 健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」等  
 ※2 支払った医療費のうち、生命保険契約、損害保険契約又は健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金（入院費給付金、出産育児一時金、高額療養費等）がある場合に、その金額を記入してください。保険金などで補てんされる金額は、その給付の目的となった医療費の金額を限度として差し引きますので、引ききれない金額が生じた場合であっても、他の医療費からは差し引きません。