

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。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

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被保険者が支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

(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
	㊦	㊧

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	(5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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			㊦ 0	㊧ 0

医療費の合計	A (㊦+㊧) 0 円	B (㊩+㊪) 0 円
--------	-------------	-------------

【控除額の計算】

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

