

# 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(裏面1 医療費通知に関する事項 ※1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) 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。

「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」・「病院等」ごとに1年分をまとめて記入してください。  
 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。

## 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
		<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		
		<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		
<b>2 の 合 計</b>			㊦	㊨

<b>医療費の合計</b>	A	(㊦+㊧) 円	B	(㊨+㊩) 円
---------------	---	---------	---	---------

## 3 控除額の計算

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

A  
B  
C  
D  
E  
F  
G

申告書の「2.所得金額」の合計欄㊩の金額を転記します。  
 (注)次の場合には、それぞれの金額を加算します。  
 ・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額  
 ・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額  
 (特別控除前の金額)

申告書の「4.所得から差し引かれる金額」の  
 医療費控除欄㊫に転記します。

医療費控除の適用を受ける場合、この明細書を作成し、申告書と一緒に提出してください。

## 医療費の領収書の保管について

医療費の領収書の添付又は提示は必要ありません。ただし、明細書の記入内容の確認のため、法定納期限から5年間、領収書（医療費通知に係るものを除きます。）の提示又は提出を求める場合がありますので、領収書はご自宅等で保管してください。

### ■医療費控除の明細書の記載要領

この明細書は、地方税法第34条第1項第2号及び第314条の2第1項第2号（医療費控除）の適用を受ける場合に使用します。

**この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例を受けることができませんので、ご注意ください。**

#### 1 医療費通知に関する事項

医療費通知を添付する場合、(1)～(3)を記入します。

※1 医療費通知とは、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、次の事項が記載されたものをいいます。

- ①被保険者等の氏名 ②療養を受けた年月 ③療養を受けた者の氏名 ④療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称  
⑤被保険者等が支払った医療費の額 ⑥保険者等の名称

※2 自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費に関する医療費通知に限ります。

##### (1)「医療費通知に記載された医療費の額(自己負担額)」欄

自己が負担した医療費の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

##### (2)「(1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額」欄

(1)の医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費の合計額を記入します。

※ 医療費通知に記載された医療費の額は、実際に支払った金額と異なる場合がありますので、領収書をご確認ください。

##### (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」欄

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、高額療養費など)がある場合に、その金額を記入します。

※ 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けません。

保険金などで補てんされる金額が申告書を提出する時までには確定していない場合には、その保険金などの見込額を記載します。後日、保険金などを受け取った際に、その額が見込額と異なるときは、申告内容を訂正してください。

#### 2 医療費(上記1以外)の明細

その年中に自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費について、領収書から必要事項を記入します。

(「1 医療費通知に関する事項」に記入したものについては、記入しないでください。)

記入欄	記入内容
(1)「医療を受けた方の氏名」欄	医療を受けた方の氏名を記入します。
(2)「病院・薬局などの支払先の名称」欄	診療を受けた病院や医薬品を購入した薬局などの支払先の名称を記入します。
(3)「医療費の区分」欄	医療費の内容として該当するものを全てチェックします。
(4)「支払った医療費の額」欄	医療費控除の対象となる金額を記入します。
(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」欄	上記1医療費通知に関する事項(3)と同様です。

### ■申告の際に添付又は提示が必要な書類

- この「医療費控除の明細書」(添付)
- 医療費通知(原本)「1 医療費通知に関する事項」に記入したものに限りです。(添付)
- 次の費用について医療費控除を受ける場合は、それぞれ該当する書類(添付又は提示)

費用・料金	添付または提示する書類
寝たきりの人のおむつ代	医師が発行した「おむつ使用証明書」 ※介護保険法の要介護認定を受けている一定の要件を満たす方は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書等を「おむつ使用証明書」に代えることができます。
温泉利用型健康増進施設の利用料金	温泉療養証明書
指定運動療法施設の利用料金	運動療法実施証明書
ストマ用装具の購入費用	ストマ用装具使用証明書
B型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用	医師の診断書(その患者がB型肝炎にかかっており、医師による継続的治療を要する旨の記載のあるもの)
白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用	処方箋(医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの)
市町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用	在宅介護費用証明書

これらの書類に記載された①証明年月日、②証明書の名称及び③証明者の名称(医療機関名等)を明細書の適宜の欄又は欄外余白などに記載することで、添付又は提示を省略しても差し支えありません。この場合、添付等を省略した証明書などは、法定納期限から5年間ご自宅等で保管してください。