

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	(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	ア 円	イ 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)のうち社会保険や生命保険などで補てんされる金額
		<input type="checkbox"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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の合計額	ウ 円	エ 円
-------	-----	-----

医療費の合計	ア+ウ ① 円	イ+エ ② 円
--------	------------	------------

申告書の医療費控除の「支払医療費」欄に転記してください。

申告書の医療費控除の「補てん金」欄に転記してください。