

令和____年度 医療費控除の明細書

住所 _____

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、その年間の総額を右の表に記入してください。ここに記入した場合、医療費通知を申告時に添付してください。

※健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」等

医療費通知に記載された医療費の額	左記のうちその年中に実際に支払った医療費の額
円	① 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してください。

「医療費の区分」が違う場合は分けて記入してください。

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	支払った医療費の額
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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
		合計	② 円

3 生命保険や社会保険などで補填される金額

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(入院給付金、高額療養費等)の合計額を記入してください。

③	円
---	---

4 申告書への記入

医療費控除	支払った医療費 (ウ)	補填される金額 (エ)	差引負担額 (ウ)-(エ)	<input type="checkbox"/> セルフメディケーション税制による特例の医療費控除(上限88,000円)の適用を希望する
	円	円	円	

①と②の合計額を記入してください

③の金額を記入してください

ここには何も記入しないようにしてください

「医療費控除の明細書」の記入について

- 医療費控除を申請される場合は、この明細書を添付して申告してください。
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。
- この申請をされた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は受けられません。セルフメディケーション税制を選択する場合、「医療費控除の明細書」ではなく「セルフメディケーション税制の明細書」を作成し、別途添付してください。所定の用紙は、公式Webページから取得できます。
- 令和3年度課税より、明細書の添付がない場合は医療費控除を適用できません。(領収書のみは不可)
- 医療費の領収書の提出は不要となりますが、必要に応じて後日提示していただく場合があるため、必ず5年間ご自宅で保管しておくようお願いします。

記入例 令和4年度 医療費控除の明細書

住所 市川市八幡1丁目1番1号

氏名 八幡 太郎

1 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、その年間の総額を右の表に記入してください。ここに記入した場合、医療費通知を申告時に添付してください。

※健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」等

医療費通知に記載された医療費の額	左記のうちその年中に実際に支払った医療費の額
83,400 円	① 25,000 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してください。

「医療費の区分」が違う場合は分けて記入してください。

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	支払った医療費の額
八幡 太郎	××病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・診察 <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)	72,000 円
〃	□□薬局	<input type="checkbox"/> 診療・診察 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他(交通費等)	15,000 円
八幡 花子	△△クリニック	<input type="checkbox"/> 診療・診察 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他(交通費等)	37,200 円
八幡 太郎	電車運賃	<input type="checkbox"/> 診療・診察 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他(交通費等)	8,500 円
〃	バス運賃	<input type="checkbox"/> 診療・診察 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他(交通費等)	2,800 円
〃	〃	<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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)	〃
〃	〃	<input type="checkbox"/> 診療・診察 <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)	〃
合計			② 135,500 円

3 生命保険や社会保険などで補填される金額

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(入院給付金、高額療養費等)の合計額を記入してください。

③ 32,000 円

4 申告書への記入

医療費控除	支払った医療費(ウ)	補填される金額(エ)	差引負担額(ウ)-(エ)	セルフメディケーション税制による特例の医療費控除(上限88,000円)の適用を希望する
	160,500円	32,000円	128,500円	<input type="checkbox"/>

①と②の合計額を記入してください

③の金額を記入してください

ここには何も記入しないようにしてください