

# 令和 \_\_\_\_ 年度 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、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。

なお、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。裏面には何も記入しないようお願いいたします。

## 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 ※「1 医療費通知に関する事項」以外のもの

「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
		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

記入例	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
		250,120 円	32,000 円	218,120 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

医療費の領収証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年間ご自宅でご保存しておくをお願いします。

## セルフメディケーション税制について

適切な健康管理の下で医療用薬品からの代替を進める観点から始まった所得控除です。

健康の維持増進及び疾病の予防へとして定められた取組を行った個人が、一定の市販医薬品の購入費用が1年間に12,000円を超えて支払った場合に、12,000円を超える額(上限は88,000円)について医療費控除の特例として控除が受けられるものです。

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。対象となる費用は前年の1月から12月までに購入した医薬品となります。

なお、この申請をされた方は従来の医療費控除は受けられません。裏面には何も記入しないようお願いいたします。

# 令和 \_\_\_\_ 年度 セルフメディケーション税制の明細書

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

### 1 申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組

取組内容	<input type="checkbox"/> 保険者(健康保険組合、市町村国保等)が実施する各種健診や人間ドック、特定保健指導 <input type="checkbox"/> 市区町村が健康増進事業として実施するがん検診や健康診査 <input type="checkbox"/> 勤務先で実施する定期健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種(インフルエンザの予防接種等)
発行者名 (保険者、勤務先、市区町村、医療機関)	

上記取組を実施したことがわかる書類(氏名、取組を実施した年、発行者名が記されたもの)を添付してください。

### 2 特定一般用医薬品等購入費の明細 (対象の医薬品のみの申請となります。)

「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。

医薬品を使う方	薬局などの支払先の名称	医薬品の名称	支払った医療費の額
			円
			円
			円
			円
			円
			円
		合計	① 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の合計額を記入してください。

② \_\_\_\_\_ 円

### 4 申告書への記入

記入例	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 checked="" 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
		56,132 円	0 円	56,132 円	

①の金額を  
記入してください

②の金額を  
記入してください

ここに必ず✓(チェック)を  
入れてください

医薬品購入の領収証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年間ご自宅で保存しておくようお願いします。