

令和 年度 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(医療費控除の特例)は受けられません。

住 所

氏名

1 医療費通知に関する事項

医療費通知(注)を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入してください。

(注)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 補填される金額
円 ⑦	円 ①	円

※印の欄は記載
裏面の「記載」

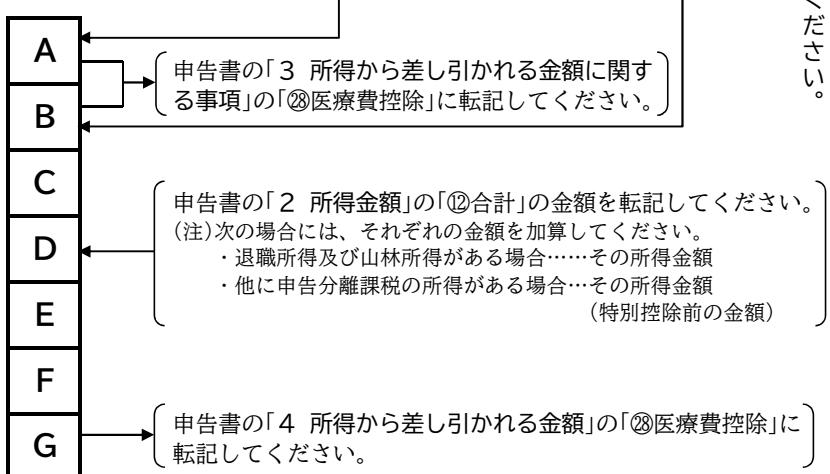
2 医療費(上記1以外)の明細

「領収書1枚」ごとではなく、
「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

しないでください。しかし、ご覧いただき、必要事項を記載のうえ、市民税・県民税申告書と一緒に提出してください。

3 控除額の計算

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



※お問い合わせ番号

医療費控除の明細書の記載のしかた

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)の規定の適用を受ける場合に使用します。この控除の適用を受ける方は、セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)の適用を受けることができません。

※ 表面の見出しの「令和 年度」には、市民税・県民税申告書と同じ年度を記入してください。

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)を記入してください。

※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 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 あなたや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。

※3 医療費通知に保険者番号や被保険者の記号番号等の記載がある場合は、その部分を黒塗りしてください。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額

あなたが負担した医療費の合計額を記入してください。通知が複数ある場合は、すべて合計し記入してください。

(2) (1)のうちその年に実際に支払った医療費の額

(1)の医療費のうち、その年に実際に支払った医療費の合計額を記入してください。

※ 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などで補填される金額

生命保険契約、損害保険契約また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、その金額を記入してください。

※ 保険金などで補填される金額は、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きません。

2 医療費(上記1以外)の明細

その年にあなたや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てください(「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。)。

(1) 医療を受けた方の氏名

医療を受けた方の氏名を記入してください。

(2) 病院・薬局などの支払先の名称

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てください。

(3) 医療費の区分

医療費の内容として該当するものすべてチェックしてください。

(4) 支払った医療費の額

医療費控除の対象となる金額を記入してください。

(5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額

上記1(3)と同様です。

記入例	(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
	名古屋 太郎	○△病院	<input checked="" 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	12,000 円	
	"	JR、市バス	<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" 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	1,560	

添付また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ます。(添付)
- ◎ 次表の左記の費用について医療費控除を受ける場合は、右記の書類(添付または提示)

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」 〔おむつ代について医療費控除の適用を受けることが2年目以降で介護保険法の要介護認定を受けている一定の方は、市町村長等が交付するおむつ使用的確認書等でも差し支えありません。〕
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た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があるもの)
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)
市町村また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

医療費控除の適用を受けようとする場合は、必ず「医療費控除の明細書」を添付してください。医療費の領収書の添付または提示によることはできません。なお、明細書の記入内容の確認のため、市税事務所から領収書(医療費通知に係るもの)を除きます。)の提示また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5年間保管してください。