

宛名番号

令和 年度(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

へ重要なお知らせがありますので、必ず裏面を「確認ください。」

1 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、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)のうち前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 ㊦	円 ㊧	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)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
		<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		
		<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		
2 の 合 計			㊦	㊨
医療費の合計額			A (㊦ + ㊧) 円	B (㊨ + ㊩) 円

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	円	A	申告書左側 3 所得から差し引かれる金額に関する事項の ㊦医療費控除の「支払った医療費」に転記します。
保険金などで補填される金額		B	
差引金額 (A - B)	(赤字のときは0円)	C	
所得金額の合計額		D	申告書右側 2 所得金額の「合計㊦」の金額を転記します。
D × 0.05	(赤字のときは0円)	E	小数点以下は切り捨てになります。
Eと10万円のいずれか少ない方の金額		F	
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円)	G	申告書右側 4 所得から差し引かれる金額の 「医療費控除㊦」に転記します。

医療費控除は

裏面の明細書を作成して提出すればOK!!

領収書が提出不要となりました

改正のポイント

平成30年度の申告から、領収書の提出の代わりに
“医療費控除の明細書”の添付
が必要となりました。

※医療費の領収書は自宅で5年間保存する必要があります。

(市役所から求められたときは、提示又は提出しなければなりません。)

※医療保険者から交付を受けた医療費通知を添付すると、明細の記入を省略できます。

(医療費通知とは、健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」などです。)

(注) 医療費の領収書を添付又は提示して申告することはできません。

医療費控除の明細書(裏面)の記載例

柏原太郎さんの例(生計が同じ妻:花子さん)

柏原太郎さんが受けた医療

2/18 ■■病院 診療 6,000円 ①

5/28 ■■病院 診療 3,400円 ①

▲▲薬局 医薬品 700円 ②

柏原花子さんが受けた医療

9/13 ○○診療所 診療 3,300円 ③

医薬品 1,100円

- 医療を受けた人
 - 病院
 - 薬局
- ごとに医療費を合計して記載します。

2 医療費(上記1以外)の明細欄の書き方

	(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
①	柏原太郎	■■病院	<input checked="" 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	9,400円
②	同上	▲▲薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	700円
③	柏原花子	○○診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	4,400円

職員記入欄
宛番号

令和4年度(令和3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 柏原太郎

1 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、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指します。
(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)のりこぎその中で実際に支払った医療費の額	(3)のりこぎ生計所得調整率(※)を適用した医療費の額
円	円	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に記入したものに同じくは、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)のりこぎ生計所得調整率(※)を適用した医療費の額
■■病院	■■病院	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス	9,400円	