

令和〇年分 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。

住所 四国中央市三島宮川4-6-55

氏名 四国 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。

※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6項目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

(1) 医療費通知に記載された金額	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(3) (2)のうち保険金等で補てんされる金額
250,000円	⑦ 43,000円	① 0円

2. 医療費（上記 1 以外）の明細（上記 1 に記入したものは記入しないでください）

医療を受けた人の氏名	病院薬局などの支払先の名称	医療費の区分	支払金額	左のうち保険金等で補てんされる金額
四国 太郎	○○病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	3,255円	円
〃	■ ■ 薬局	<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	13,456	
〃	あいうえお歯科	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	789	
四国 花子	○○病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	100,000	5,000
〃	ABCDE薬局	<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	43,210	
〃	●○介護サービス	<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	55,000	
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費		
2 の 合 計			② 215,710	③ 5,000

医療費の合計	(⑦+⑨) 258,710	(①+③) 5,000
--------	---------------	-------------

3. 控除額の計算

① 支払った医療費	(合計) 258,710円
② 保険金などで補てんされる金額	5,000
③ 差引金額 (① - ②)	マイナスのときは0円) 253,710
④ 所得金額の合計額	※申告者の所得額を記入 例 : 800,000
⑤ 所得金額×5%	(赤字のときは0円) 40,000
⑥ ⑤と10万円のいずれか少ない金額	40,000
⑦ 医療費控除額 (③ - ⑥)	(最高200万円、赤字のときは0円) 213,710

【申告書への記入のしかた】

①を申告書の表面左側②の「支払った医療費等」に転記します。

②を申告書の表面左側⑫の「保険金などで補填される金額」に転記します。

⑦を 申告書の表面右側⑫の「医療費控除」に転記します。

【明細書の記入のしかた】

1. 医療費通知に関する事項

医療通知を添付する場合、医療費通知に記載された自己負担額（複数ある場合は合計）、うちその年中に実際に支払った金額、うち保険や給付金（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、記入してください。

※医療費通知とは、医療保険者が発行する書類で、次の6項目が記載されたものです。

（被保険者等の氏名、療養を受けた年月、療養を受けた者、療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、被保険者が支払った療費の額、保険者等の名称）

2. 医療費（上記1以外）の明細

中段の明細に、医療を受けた方の氏名、支払先（病院・薬局など）の名称、該当する医療費の区分に団、支払った医療費、生命保険などで補てんされる金額をご記入ください。

※支払った医療費には、医療を受けた人がその支払先で一年間に支払った総額を記入してください。

（例）Aさんが○○病院で診察料として4月に1万円、7月に2万円支払った場合、支払額は3万円で記入する。）

3. 控除額の計算

- ①支払った医療費には、⑦+⑨の額を転記してください。
- ②保険金などで補てんされる金額には、①+②の額を転記してください。
- ③には、①から②を引いた額を記入してください。
- ④所得金額の合計額には、申告される方の所得金額の合計を記入してください。

（注）申告分離課税の所得がある場合は、上記の所得に加算した額を記入します。

- ⑤には、④に0.05を掛けた額を記入してください。

- ⑥には、⑤の額と10万円のいずれか少ない額を記入してください。

- ⑦には、③から⑥を引いた額を記入してください。