

令和 年度分 医療費控除の明細書【内訳書】

※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 _____

氏 名 _____

1 医療費通知に記載された事項

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医療費の額 (自己負担額)(注)	(1)のうちその年中に (2) 実際に支払った医療費の額	(2)のうち生命保険や社会保険(高額療養費など)などで補てんされる金額
円 ㉗	円 ㉘	円 ㉙

(注) 医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

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。

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
		<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		
		<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			㉚	㉛

医療費の合計	A (㉗+㉘) 円	B (㉙+㉚) 円
--------	-----------	-----------

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	円 A	申告書の「3所得から差し引かれる金額に関する事項」の㉗医療費控除欄に転記します。
保険金などで補てんされる金額	B	
差引金額 (A - B)	C	申告書の「2所得金額」の㉘合計欄の金額を転記します。 (注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。 ・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額 ・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額(特別控除前の金額) なお、損失の繰越控除を受けている場合には、その適用後の金額を転記します。
所得金額の合計額	D	
D × 0.05 (赤字のときは0円)	E	
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)	G	申告書の「4所得から差し引かれる金額」の㉙医療費控除欄に転記します。

◎領収書は市・県民税申告期限等から5年間保存してください。その他詳細は、「市民税・県民税申告の手引」をご覧ください。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

重要なお知らせ

◎医療費控除の適用を受ける場合には、『医療費控除の明細書』の添付が必要です。

※領収書の添付又は提示による申告はできません。

◎領収書（医療費通知に係るものを除く。）は市・県民税申告期限等から5年間保存する必要があります。

1 医療費通知に記載された事項

※ 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

※ 自己又は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。

※ 医療費通知に保険者番号及び被保険者等記号・番号の記載がある場合、その番号部分を復元できない程度に塗り潰してください。

(1) 「医療費通知に記載された医療費の額」

自己が負担した医療費の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

(2) 「(1)のうち、その年中に実際に支払った医療費の額」

(1)の医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費の合計額を記入します。

※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（高額療養費など）などで補てんされる金額」

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、その金額を記入します。

※保険金などで補てんされる金額は、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けません。

2 医療費（上記1以外）の明細

昨年中に自己又は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ます。なお、「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」・「病院・薬局等」ごとにまとめて記入できます。

（「1 医療費通知に記載された事項」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ます。

(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ます。

(3) 「医療費の区分」…医療費の内容として該当するものを全てチェックします。

(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ます。

(5) 「(4)のうち生命保険や社会保険（高額療養費など）などで補てんされる金額」…上記1(3)と同様です。

記載例

住所 浜松市中央区元目町〇〇-〇

氏名 浜松 太郎

1 医療費通知に記載された事項

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、次の3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(高額療養費など)などで補てんされる金額
198,369 円 ^㉗	197,540 円 ^㉘	円 ^㉙

(注) 医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

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。

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
浜松 太郎	■ ■ 病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	9,400 円	円
同上	△ △ 薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	700	
浜松 花子	◎ ◎ 診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	4,400	
2 の 合 計			㉚ 14,500	㉛
医 療 費 の 合 計			A (㉗+㉚) 212,040 円	B (㉘+㉛) 円

3 添付又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 医療費通知に記載された事項」に記入したものに限りです。（添付）

●寝たきりの人のおむつ代について医療費控除を受ける場合、「おむつ使用証明書」を取得する必要があります。

※おむつ代について医療費控除を受けることが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人は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書等を「おむつ使用証明書」に代えることができます。

医療費通知などの書類を添付する場合は、こちらに貼ってください。