

令和 年度 医療費控除の明細書

住所 _____

氏名 _____

市民税・県民税の申告をされる方で医療費控除の適用を受ける場合は、以下のフローチャートにより必要な事項をご記入ください。

どちらの医療費控除を選択しますか(併用不可)

医療費控除

※原則、医療費の自己負担額が100,000円以上の方が適用可能

セルフメディケーション税制

※スイッチOTC医薬品の購入費が12,000円以上の方が適用可能

健康の保持増進及び疾病予防への取組を記入してください

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| (1) 取組内容 | <input type="checkbox"/> 健康診査 | <input type="checkbox"/> 予防接種 | <input type="checkbox"/> 定期健康診断 |
| | <input type="checkbox"/> 特定健康診査 | <input type="checkbox"/> がん検診 | <input type="checkbox"/> () |
| (2) 発行者名 (保険者名、勤務先、市町村医療機関等) | | | |

(取組を明らかにする「特定健康診査・予防接種等」の書類の提示又は添付が必要です)

支払った医療費等の明細を記入してください

| 医療を受けた方 | 続柄 | 病院・薬局等の 支払先の名称 | 治療内容・医薬品名等 | 対象となる支払金額 | 支払った医療費のうち 生命保険や社会保険で 補てんされる金額 | | |
|-----------|----|-------------------|------------|-----------|--------------------------------------|----------|----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 合計 | | | | A | 円 | B | 円 |

※上記に書ききれない場合は任意の様式に追加でご記入ください

医療費の計算について

| 「医療費控除」を選んだ場合 | |
|------------------------|---|
| A: 対象となる支払金額 | 円 |
| B: 保険料等で補てんされる金額 | 円 |
| C: A-B | 円 |
| D: 所得の合計金額 | 円 |
| E: D × 0.05 | 円 |
| F: Eと100,000円のいずれか少ない方 | 円 |
| G: C-F | 円 |

| 「セルフメディケーション税制」を選んだ場合 | |
|-----------------------|---|
| A: 対象となる支払金額 | 円 |
| B: 保険料等で補てんされる金額 | 円 |
| C: A-B | 円 |
| H: C-12,000円 | 円 |

➡ G又はHの金額が
医療費控除の金額になります

※領収書の提出は不要です(ただし5年間は自宅で保存する必要があります)