

# 【医療費控除を申告される方へ】

「医療費控除の明細書」を作成していただくことにより

**領収書の添付・提示が不要**(※)となりました。

※セルフメディケーション税制も同様です。

※ 領収書は、申告期限から5年間保管してください。

## ＜明細書の記入例＞

◎医療を受けた方ごとに記入してください。

◎病院や薬局ごとに集計してください。

### 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

#### 1 医療費通知に関する事項

| (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 ア                  | 円 イ                         | 円                             |

#### 2 医療費(上記1以外)の明細

| (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 |
|---------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|
| 富士見 太郎        | 〇〇病院              | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医療品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 15,000 円     |                               |
|               | △△薬局              | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医療品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 3,500 円      |                               |
|               | 交通費<br>(JR・バス)    | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医療品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 5,000 円      |                               |
| 富士見 ハナコ       | 〇〇病院              | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医療品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 20,000 円     |                               |
|               | △△薬局              | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医療品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 15,000 円     |                               |

2 の 合 計

医療費の合計

A

(ア+ウ)

円

B

(イ+エ)

円

#### 3 控除額の計算

|                    |                    |   |   |
|--------------------|--------------------|---|---|
| 支払った医療費            | (合計)               | 円 | A |
| 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<br>(C-F)    | (最高200万円、赤字のときは0円) |   | G |

◎交通費は、乗り継ぎ等があった場合でもまとめて記入してください。

◎医療費通知を添付することにより明細の記入を省略する医療費はここに計上してください。  
(ここに計上した医療費は「2 医療費の明細」には記入しないでください)

◎支払った医療費の合計を A に、補填された金額の合計を B に記入してください。