

年(1月1日～12月31日)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

医療費通知を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。

医療費通知は、この明細書の裏面に貼付してください。

| | | |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| (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 補てんされる金額 |
| | (ア) | (イ) |

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(選択) | (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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給額 | | |
| 2 の 合 計 | | | (ウ) | (エ) |
| 医 療 費 の 合 計 | | | | |

(ア)+(ウ)=(A) (イ)+(エ)=(B)

3 控除額の計算

| | | |
|-----------------------|--|------------------------------|
| 支払った医療費 | | (A)→申告書に転記します。 |
| 保険金などで補てんされる金額 | | (B)→申告書に転記します。 |
| 差引金額 | | (C) |
| 所得金額の合計額 | | (D)←申告書の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。 |
| (D)×0.05 | | (E) |
| (E)と10万円のいずれか少ないほうの金額 | | (F) |
| 医療費控除額 | | (G)→申告書に転記します。 |

太枠内に記入してください。