

医療費控除を受ける人は、裏面（12ページ）の「医療費控除の明細書」に記入の上提出してください。

領収書の添付又は提示では医療費控除の適用は受けられません。
 医療費控除の明細書の計算に使用した領収書は、ご自宅等で5年間保管してください。
 内容の確認のため、市役所から提示又は提出を求める場合があります。

医療費控除の明細書の記載の仕方

1 医療費通知(医療費のお知らせ)に関する事項

医療費通知を添付し、(1)～(3)の欄を記入してください。

※1 医療費通知とは、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

※2 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。

- (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てください。通知が複数ある場合は、全て合計し記入してください。
- (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てください。
- (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
 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、その金額を記入してください。
 ※ 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きません。

2 医療費の明細

その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てください(「1 医療費通知に関する事項」に記入したのものについては、記入しないでください)。

(例) 横須賀太郎さんが〇〇病院に通院した場合

1月23日 診療6,500円 通院費(京急、バス)往復460円

4月24日 診療5,500円 通院費(京急、バス)往復460円

〇〇病院計 12,000円 通院費計 920円

※ 「□その他の医療費」は、通院費、医療器具の購入(いずれも通常必要なものに限り、)などがある場合にチェックしてください。

※ 通院費の支払先が乗り継ぎ等により複数ある場合には、下記のようにまとめて記入しても差し支えありません。

(1)医療を受けた人の氏名	(2)病院・薬局などの支払先の名称	(3)医療費の区分	(4)支払った金額	(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
横須賀 太郎	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	12,000 円	円
〃	京急、バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	920 円	円
		<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費		

添付又は提示が必要な書類

原則提示で結構ですが、郵送で申告する場合は添付してください。

- ◎ 作成した「医療費控除の明細書」
- ◎ 医療費通知(コピー可) 「1 医療費通知に関する事項」に記入したものに限り、
- ◎ 次表の左記の費用について医療費控除を受ける場合は、右記の書類

寝たきりの人のおむつ代	医師が発行した「おむつ使用証明書」 (おむつ代について医療費控除の適用を受けることが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方は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書等でも差し支えありません。)
ストマ用装具の購入費用	ストマ用装具使用証明書
B型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用	医師の診断書 (その患者がB型肝炎にかかっており、医師による継続的治療を要する旨の記載があるもの)
白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用	処方箋 (医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの)
市町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用	在宅介護費用証明書

裏面(11ページ)を参考に、切り取るか複写してご使用ください。ホームページからダウンロードもできます。

令和__年度(令和__年分) 医療費控除の明細書

氏名 _____

1 医療費通知(医療費のお知らせ)に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入してください。

※医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、所定の事項が記載されたものを行います。

(例:健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

(1) 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
円 ㊦	円 ㊦	円

2 医療費の明細

医療費通知(医療費のお知らせ)の金額がすべての場合、この欄は使用しません。

領収書のうち、上記1に含まれていない金額を記入してください。

「医療を受けた人」、「病院・薬局など」ごとに、まとめて記入できます。

(1) 医療を受けた人の氏名	(2) 病院・薬局などの支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った金額	(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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	円	円
2 の 合 計			㊦ 円	㊧ 円

3 医療費の合計

支払った医療費 (㊦+㊧)	円	補てんされる金額 (㊦+㊧)	円	差引金額	円
------------------	---	-------------------	---	------	---

(赤字のときは0円)

※2の計算に使用した領収書は、市役所から提示又は提出を求め場合がありますので、5年間保管してください。

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制(特例分)は受けられません。

セルフメディケーション用の明細書はホームページからダウンロードしてご利用ください。

