

# 令和 年度 医療費控除の明細書

\* この控除を受ける人は、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 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を提示又は添付する場合、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6項目が記載されたものをいいます。

(後期高齢者医療広域連合から発行された書類の場合は③を除く)

(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などで補てんされる金額
	円(ア)	円(イ)

## 2 医療費(上記1以外)の明細

「医療を受けた人の氏名」、「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。

(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	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			円(ウ)	円(エ)

医療費の合計	支払った医療費の合計	保険金などで補てんされる金額の合計
	(ア)+(ウ)	円(イ)+(エ)

\* 医療費控除の明細欄が不足する場合はコピーして御利用いただくか、同様の内容が記載された様式を各自御用意ください。

\* セルフメディケーション税制の医療費控除の申告を行う場合、明細書は市ホームページに掲載しておりますので、ダウンロードして御利用ください。

# 医療費控除を申告する方へ

- ・前年中に収入がない人、医療費控除を申告しない人は医療費控除を受ける必要がないため、この明細書の提出は必要ありません。
- ・医療費控除を受けるためには「医療費控除の明細書」の添付が必要です。
  - \* 令和3年度分から領収書の添付では医療費控除は受けられません。(領収書は自宅等で5年間保管してください。)
  - \* 医療費控除の概要については、別紙申告書記入例(表面)を確認してください。
  - \* 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つぶした上で提出してください。また、表面「1 医療費通知に関する事項」の6つの事項全てが記載されていない通知は、医療費通知として利用することが出来ません。医療費の領収書から医療費控除の明細書を作成してください。

## 《記入例》 令和 5 年度 医療費控除の明細書

\* この控除を受ける人は、セルフメディケーション税制は受けられません。

住所 **相模原市中央区中央〇-〇-〇**

氏名 **相模 太郎**

### 1 医療費通知に関する事項

健康保険組合等が発行する医療費通知(原本)を添付すると、明細の記入を一部省略できます。

医療費通知に記載された自己負担額の合計額を記入します。

- ①被保険者等の氏名②療養を受けた年月③療養を受けた旨
- 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などで補てんされる金額
120,000 円(ア)	100,000 円(イ)	10,000 円

### 2 医療費(上記1以外)の明細

「医療を受けた方の氏名」

(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) 医療費の種類	医療費	補てんされる金額
相模 太郎	〇〇病院	<input checked="" 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	10,000 円	
"	××歯科	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	1,000 円	
相模 花子	〇〇病院	<input checked="" 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	50,000 円	20,000 円
"	JR、バス	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	1,000 円	
2 の合計			62,000 円(ウ)	20,000 円(エ)

領収書1枚ごとではなく、医療を受けた方、支払先(病院・薬局など)ごとにまとめて記入します。

例) 相模太郎さんが〇〇病院に1年で複数回通院した場合、1年間で支払った医療費の合計額を記入します。

※上記「1 医療費通知に関する事項」に記載されていない月の医療費がある場合は、その月の分だけをご記入下さい。

該当するものを全てチェックします。

「 その他の医療費」欄は、例えば通院費、医療用器具の購入(医療費控除の対象となるもの)などがある場合チェックします。

\* 医療費控除の明細欄が不足する場合はコピーして御利用いただくか、同様の内容が記載された様式を各自御用意ください。

\* セルフメディケーション税制の医療費控除の申告を行う場合、明細書は市ホームページに掲載しておりますので、ダウンロードして御利用ください。