

年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※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。

住 所 _____ 氏 名 _____

1 医療費通知に記載された事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の①~③を記入します。

※医療保険者等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。

- (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療養を受けた者の氏名、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(自己負担額)(注)	(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
円 ㊦	円 ㊧	円 ㊨

(注) 医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

2 医療費(上記1以外)の明細

「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2 の 合 計			㊦	㊨

医療費の合計	A	(㊦+㊨)	円	B	(㊦+㊨)	円
--------	---	-------	---	---	-------	---

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	円	A
保険金などで補てんされる金額		B
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円)	C
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 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円)	G

(注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。
 ・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額
 ・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額(特別控除前の金額)
 なお、損失申告の場合には、申告書第四附表(損失申告用)の「4 繰越損失を差し引く計算」欄の金額を転記します。

申告書第一表の「所得金額等」の合計欄の金額を転記します。
 申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

医療費控除の明細書の書き方

医療費控除を受ける手続きについて

医療費控除を受ける際は必ず明細書を作成してください。

領収書の提出のみでは医療費控除を受けることができません。

① 医療費の通知等がある場合は、明細に代えて提出することにより医療費控除が受けられます。その場合は下記明細の記入は不要です。

(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 ㊨

① 年度注意!

2 医療費(上記1以外)の明細

「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(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てんされる金額
品川 太郎 ②	■ ■ 病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	120,000 円	③ 円
同上	同上の交通費(電車)	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	5,000	
同上	▲ ▲ 薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	20,000	
品川 花子	● ● 診療所	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	70,000	
同上	同上の交通費(バス)	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	3,000	
2 の 合 計			㊦	㊨

③ 医療費に対して保険金等の給付があった場合は(5)に記載します。
 ※医療費に対して保険金等の給付の方が多い場合は、その医療費は明細から除いてください。

② 医療を受けた人・病院・薬局ごとに医療費を合計して記載します。交通費は原則として、公共の交通機関のみ認められます。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。