

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

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) 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	円	円

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	(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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
		<input type="checkbox"/> 診察・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
2 の 合 計			0 円	0 円
医 療 費 の 合 計			A (ア+イ) 0 円	B (イ+ロ) 0 円

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	0 円	A	申告書第二表の「所得から差し引かれる金額に関する事項」の医療費控除欄に転記します。
保険金などで補填される金額	0 円	B	
差引金額 (A-B)	0 円	C	
所得金額の合計額		D	申告書第一表の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。 (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、申告書第四表(損失申告用)の「4繰越損失を差し引く計算」欄の[83]の金額を転記します。
①×0.05		E	
⑤と10万円のいずれか少ない方の金額		F	
医療費控除額 (C-E)		G	

令和 元 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 津山 太郎

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) 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
175,000 円	[㊦] 160,000 円	[㊧] 0 円

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	(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
津山 太郎	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・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	30,000 円	0 円
"	△△クリニック	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・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	80,000 円	30,000 円
津山 花子	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診察・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	20,000 円	0 円
"	〇×リハビリセンター	<input type="checkbox"/> 診察・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	60,000 円	0 円
"	××バス	<input type="checkbox"/> 診察・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	2,000 円	0 円
津山 二郎	□□薬局	<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input checked="" 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	3,000 円	0 円
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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		
		<input type="checkbox"/> 診察・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			[㊦] 195,000 円	[㊧] 30,000 円
医 療 費 の 合 計			A ^(㊦+㊧) 355,000 円	B ^(㊦+㊧) 30,000 円

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	355,000 円
保険金などで補填される金額	30,000 円
差引金額 (A-B) (赤字のときは0円)	325,000 円
所得金額の合計額	1,800,000 円
㊩ × 0.05 (赤字のときは0円)	90,000 円
㊩と10万円のいずれか少ない方の金額	90,000 円
医療費控除額 (C-E) (最高200万円、赤字のときは0円)	235,000 円

