

## 令和 年度 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 医療費通知に関する事項

医療費通知（※）を添付する場合、下記の(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。

(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)	円

## 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
		<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
		<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			(ウ) 円	(エ) 円

医療費の合計	A (ア)+(ウ) 円	B (イ)+(エ) 円
--------	-------------	-------------

- ※ A：申告書の⑩医療費控除「支払った医療費等」欄に転記します。  
 ※ B：申告書の⑩医療費控除「保険金などで補てんされる金額」欄に転記します。  
 ※ 医療費控除額：支払った医療費等－保険金などで補てんされる金額－(10万円または総所得金額等の5%の少ない方) (最高限度額200万円)

# 重要なお知らせ

平成30年度の市民税・県民税申告から、「医療費控除の明細書」の添付が必要となり、医療費の領収書の添付又は提示は必要ありません。

ただし、明細書の記入内容の確認のため、申告期限から5年間、領収書（医療費通知に係るものを除きます。）の提示又は提出を求める場合がありますので、領収書はご自宅等で保管してください。

## 医療費控除の明細書の記載要領

### 1 医療費通知に関する事項

医療費通知を添付する場合、(1)～(3)を記入します。

※ 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」欄

自己が負担した医療費の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

#### (2)「(1)のうち、その年中に実際に支払った医療費の額」欄

(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ます。

※ 医療費通知に記載された医療費の額は、実際に支払った金額と異なる場合がありますので、領収書をご確認ください。

#### (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」欄

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、その金額を記入します。

※ 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、他の医療費から差し引きません。

#### 記入例

(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
176,584 円	(ア) 153,300 円	(イ) 円

(1)で記入した医療費のうち、その年中に実際に支払った金額を領収書等で確認し、合計額を記入します。

(2)の医療費について、保険金などを受け取った場合は、その金額を記入します。

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。

### 2 医療費(上記1以外)の明細

※「1 医療費通知に関する事項」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」欄

医療を受けた方の氏名を記入します。

#### (2)「病院・薬局などの支払先の名称」欄

診療を受けた病院や医薬品を購入した薬局などの支払先の名称を記入します。

#### (3)「医療費の区分」欄

医療費の内容として該当するものを全てチェックします。

#### (4)「支払った医療費の額」欄

医療費控除の対象となる金額を記入します。

#### (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」欄

上記1(3)と同様です。

例)倉吉太郎さんが○△病院に通院した場合  
 2月18日 診療：6,500円 通院費(JR ○○バス)往復780円  
 5月28日 診療：5,500円 通院費(JR ○○バス)往復780円  
 ○△病院：12,000円 通院費計：1,560円  
 ※「□その他の医療費」欄は、例えば、通院費、医療器具の購入(いずれも通常必要なものに限ります。)などがある場合にチェックします。  
 ※通院費の支払先が乗り継ぎ等により複数ある場合には、記入例のようにまとめて記入しても差し支えありません。

記入例	(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
	倉吉 太郎	○△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	12,000 円	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	1,560	

## 添付又は提示が必要な書類

- この「医療費控除の明細書」(添付)
- 医療費通知(原本)「1 医療費通知に関する事項」に記入したものに限りです。(添付)
- 次の費用について医療費控除を受ける場合は、それぞれ該当する書類を取得する必要があります。これらの書類に記載された①証明年月日、②証明書の名称及び③証明書の名称(医療機関名等)を明細書を適宜の欄又は欄外余白などに記載することで、添付又は提示を省略しても差し替えありません。この場合、添付等を省略した証明書などは、確定申告期限等から5年間ご自宅等で保存する必要があります。

#### ◎ 寝たきりの人のおむつ代

※ おむつ代について医療費控除を受けることが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人は、市長が交付するおむつ使用の確認書等を「おむつ使用証明書」に代えることができます。

#### ◎ 温泉利用型健康増進施設の利用料金

#### ◎ 指定運動療法施設の利用料金

#### ◎ ストマ用装具の購入費用

#### ◎ 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

#### ◎ 白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用

#### ◎ 市町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用

#### ▶ 医師が発行した「おむつ使用証明書」

#### ▶ 温泉療養証明書

#### ▶ 運動療法実施証明書

#### ▶ ストマ用装具使用証明書

#### ▶ 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のあるもの)

#### ▶ 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)

#### ▶ 在宅介護費用証明書