

年度 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。

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。

(例: 健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

①被保険者の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けたもの、
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
支支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

氏名

(1) 医療費通知に記載された医療費の額		円
(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(A)	円
(3) (2)のうち生命保険や社会保険等で補填される額	(B)	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・薬局等の支払先の名称」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・薬局等の支払先の名称	(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"/> 診療・治療	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> その他の医療費		
2. の合計				Ⓐ 円	Ⓑ 円

医療費の合計	支払った医療費等	(A)+(C)	円	保険金などで 補填される金額	(B)+(D)	円
--------	----------	---------	---	-------------------	---------	---

◎集計された「支払った医療費等」及び「保険金などで補填される金額」の金額は、

申告書の医療費控除欄と対応していますので、申告書に金額を転記してください。

◎この明細書は申告書と併せて提出してください。

◎この明細書は茅ヶ崎市へ提出する市・県民税申告用です。

職員確認欄