

申告の際には、「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または提示は不要となりました。詳細は裏面の「医療費控除を申告される方へ」をご覧ください。

令和 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。

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)を記入してください。
 ※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(自己負担)の額	(2)(1)のうちその年中に実際に支払った医療費(自己負担)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
	ア 円	イ 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に記入したのものについては、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		
合計			ウ	エ

3. 控除額の計算

A	支払った医療費(ア+ウ)		市民税・県民税申告書中、「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」の「②医療費控除」内、「支払った医療費」、「保険金などで補てんされる金額」にそれぞれご記入ください。
B	保険金などで補てんされる金額(イ+エ)		
C	差引金額(A-B) (赤字のときは0円)		市民税・県民税申告書中、「2 所得金額」の「②合計」の数字を記入してください。 ※次の場合には、それぞれの金額を加算します。 ・退職所得、山林所得がある場合：その所得金額 ・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)
D	所得金額の合計額		
E	D×0.05 (赤字のときは0円)		
F	Eと10万円のいずれか少ない方の金額		市民税・県民税申告書中、「4 所得から差し引かれる金額」の「②医療費控除」に数字を転記してください。
G	医療費控除額(C-F) (赤字のときは0円/最高200万円)		

医療費控除を申告される方へ

平成30年度（平成29年分）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または提示は不要となりました。ただし、明細書の記入内容確認のため、法定納期限の翌日から5年間、市民税課から領収書（医療費通知に係るものを除きます）の提示また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。

※平成30年度から令和2年度までは明細書の添付に代わり、医療費の領収書の添付または提示により医療費控除を受けることが出来ましたが、令和3年度からは医療費の明細書のみでの受付になります。

医療費控除の明細書の記載要領

この明細書は、医療費控除の適用を受ける場合に使用します。この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例を受けることができませんので、ご注意ください。

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。

※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被保険者の氏名 ②療養を受けた年月 ③療養を受けた方 ④療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称
- ⑤被保険者が支払った医療費の額 ⑥保険者等の名称

※自己又は生計を一にする配偶者その他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です。

(1)「医療費通知に記載された医療費（自己負担）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（自己負担）の額」欄

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、出産一時金、高額療養費など）がある場合、その金額を記入します。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は差し引けません。

2. 医療費（上記1以外）の明細

その年中に自己又は生計を一にする配偶者その他親族のために支払った医療費について、領収書から必要事項を記入します。（「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。

(参考URL) 国税庁 タックスアンサー

「No.1122 医療費控除の対象となる医療費」

<https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1122.htm>

(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」

上記1(3)をご参照ください。

(例) 各務原 太郎さんが〇〇病院に通院した場合
2月1日 診療：6,500円
通院費（△△バス、JR）：往復780円
5月8日 診療：5,500円
通院費（△△バス、JR）：往復780円
〇〇病院計：12,000円 通院費計：1,560円
※「□その他医療費欄」は、例えば通院費、医療用器の購入（いずれも通常必要なものに限り）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。

(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
各務原 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	12,000 円	円
//	△△バス、JR	<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	

添付または提示が必要な書類

○本紙「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。

○保険等で補てんされた金額を証する書類（添付または提示）

○その他各種費用について、医療費控除を受ける際に必要な証明書

(例) ・寝たきりの人のおむつ代：おむつ使用証明書

※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、市町村長等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。