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は右記の(1)～(3)を記入してください。

(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)のうち社会保険などで補填される金額
円	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
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費	円	円
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
2 の 合 計			㋒	㋓

医療費の合計	A	(㋐＋㋒)	B	(㋑＋㋓)

3. 控除額の計算

支払医療費	(合計)	A
保険金などで補填される金額		B
差引金額 (A － B)	(赤字のときは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

申告書表面左側の「医療費控除」欄にそれぞれの金額を転記します

申告書表面の所得金額の合計(⑫)の金額を転記します。

申告書表面の「医療費控除」欄の控除額欄(㉘)に金額を転記します