

# 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。

## 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、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

(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	円	円
	Ⓐ	

## 2 医療費（上記1以外）の明細

(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
(例)五所 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"/> 他の医療費	30,000 円	5,000 円
//	◇◇歯科医院	<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"/> 他の医療費	10,000 円	円
//	□□薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 他の医療費	3,000 円	円
五所 花子	△△医院	<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"/> 他の医療費	5,000 円	円

※注意 「領収書1枚」ごとではなく、医療を受けた人ごと、また、各個人の

医療費の合計 A (⑦+⑨) 円 B (①+③) 円