

※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

(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) 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	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	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"/> その他の医療費	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"/> その他の医療費	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"/> その他の医療費	5,000 円	円

[illegible]

用