

令和 年分 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の適用は受けられません。

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、下記の(1)～(3)に記入してください。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(3) (2)のうち生命保険・社会保険などで補てんされる金額
円 ㊦	円 ㊧	円

※ 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。

- ①被保険者等の氏名、②診療を受けた年月、③診療を受けた者、④診療を受けた病院・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

2 医療費(上記「1 医療費通知に関する事項」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」はまとめて記入することができます。

(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・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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	円	円
2 の 合 計			㊦	㊧

支払った医療費の合計	㊦+㊧	円	保険金などで補てんされる金額の合計	㊦+㊧	円
------------	-----	---	-------------------	-----	---

医療費控除は 「医療費控除の明細書」の添付が必要です。

- 医療費の領収書は提示または提出は不要ですが、自宅で5年間保存する必要があります。
(ただし、区から求められたときは、提示または提出をしなければなりません。)
- 医療保険者から交付を受けた医療費通知(自己負担額等が記載されているものに限る。)を添付すると、明細の記入を省略できます。
(医療費通知とは、健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」などです。)
- セルフメディケーション税制を受けられる場合は、この医療費控除を受けることはできません。

医療費控除を受けられる方は、このページを切り取り、裏面の「医療費控除の明細書」に記入して申告書と併せて提出してください。

※セルフメディケーション税制を受けられる方は、目黒区のホームページから「セルフメディケーション税制の明細書」をダウンロードしてください。

医療費控除の明細書の記入について

- 医療費通知を添付する場合は、「1医療費通知に関する事項」に次の(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、生命保険や社会保険などで補てんされる金額
- 「2 医療費(上記「1医療費通知に関する事項」以外)の明細」を記入するときは以下の点にご注意ください。
 - (1) 医療費通知を添付しているときは、その通知に含まれているものは記入しないでください。
 - (2) 医療を受けた人、病院・薬局ごとに医療費を合計して記入してください。
 - (3) 医療を受けた人が、本人または生計を一にする配偶者・親族で、その年中に支払った医療費が対象となります。
 - (4) 生命保険や社会保険等で医療費を補てんされた場合は、その金額を記入してください。