

年度(年分) 医療費の明細書 (市民税・県民税申告用)

資料2

※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、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の額	(2) (1)のうちその年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

「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		
		<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		
2 の 合 計			円	円

医療費の合計	A (ア+ウ) 円	B (イ+エ) 円
--------	-----------	-----------

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 円
保険金などで補てんされる金額	
差引金額 (A)-[B]	(赤字のときは0円)
所得金額の合計額	
[D]×0.05	(赤字のときは0円)
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	
医療費控除額 (C)-[F]	(最高200万円、赤字のときは0円)

A ←

B ←

C ←

D ←

E ←

F ←

G ←

申告書の「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」欄の⑦医療費控除に転記します。

申告書の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。
 (注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。
 ・ 退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額
 ・ ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額
 (特別控除前の金額)

申告書の「4 所得から差し引かれる金額」欄の⑦医療費控除に転記してください。

医療費控除は領収書の提出が不要となり、 医療費控除の明細書の添付が必要となりました。

医療費控除を申告する場合は、裏面の明細書を記入して申告書に添付してください。

ただし、健康保険組合などの医療保険者が発行する医療費通知書（「医療費のお知らせ」など）に必要事項が記載されていれば、その通知を添付することで明細書の記入を一部省略できます。

記入内容の確認をする場合がありますので、医療費の領収書は自宅で5年間保管する必要があります。

「医療費控除の明細書」の記載例

令和〇年分 医療費控除の明細書

申告者氏名 小松 太郎

医療を受けた人	病院名など	医療費の区分	支払額	補てん額
小松 太郎	〇〇病院	治療	85,000	0
小松 花子	△△薬局	医薬品購入	2,500	0
〃	□□歯科	治療	7,000	0
合計			94,500	

「医療費控除の明細書」とは？

（裏面の様式）

1年間に支払った医療費について、定められた様式に申告者が下記の内容を記入するものです。

- ・ 医療を受けた人の氏名
- ・ 病院・薬局などの支払先の名称
- ・ 治療内容または医薬品名
- ・ 支払った金額
- ・ 保険等で補てんされる金額

「医療費通知書」の例

医療費のお知らせ

被保険者氏名：小松 太郎

△△健康保険組合

受診年月	受診者名	病院名等	日数	医療費総額	健保負担額等	自己負担額
〇年〇月	小松 太郎	〇〇病院	2日	283,000円	198,000円	85,000円
〇年〇月	小松 花子	□□歯科	2日	23,500円	16,500円	7,000円

『医療費通知書』（医療費のお知らせ）とは？

健康保険組合などの医療保険者が発行し、下記の内容が記載されている場合が対象です。

- ・ 被保険者などの氏名
- ・ 医療を受けた年月
- ・ 医療を受けた人の氏名
- ・ 医療を受けた病院・薬局などの名称
- ・ 被保険者が支払った医療費の額（自己負担額の記載があるもの）
- ・ 保険者等の名称

小松市ホームページで「医療費控除の特例」と検索していただくと、詳しい内容をご確認いただけます。（明細書の様式もダウンロードできます。）

<http://www.city.komatsu.lg.jp/>



医療費通知などの書類を添付する場合はこちらに貼ってください



医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）を知っていますか？

この特例は、通常の医療費控除ではなく『市販薬の購入に関する控除』で、年間の購入合計額から12,000円を差し引いた額を所得から控除できる制度です。（控除上限88,000円）この特例の適用には、下記の2つの条件があります。

- 日頃から予防接種などで健康管理の取組を行っていること
- 自分や生計同一の家族のために、対象となる市販薬(スイッチOTC医薬品)を購入した場合この制度をご利用いただくための『セルフメディケーション税制の明細書』は、小松市税務課の窓口（又は小松税務署）にお問い合わせいただくか、ホームページをご覧ください。

※通常の医療費控除とこの特例の両方を適用することはできません。ご注意ください。

また、申告受付後に、通常の医療費控除とこの特例の選択を変更することもできません。