

年分 医療費控除の明細書(市・県民税申告用)

※この控除を受けるかたは、セルフメディケーション税制は受けられません 氏名 _____

1 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付し、2の明細への記入に代える場合、右の(1)~(3)の必要事項を記入します。

※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)その年中に実際に支払った医療費の額	(3)アのうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
円	ア 円	イ 円

2 医療費(上記1以外)の明細

医療を受けたかたの氏名	病院・薬局などの支払先の名称	医療費の区分	①支払った医療費の額	②左のうち生命保険や社会保険などで補てんされる額
		<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"/> その他医療費		
2の合計			ウ	エ

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

※「②左のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額」が「①支払った金額」よりも大きい医療費がある場合、その医療費はウ・エの合計には含めません(マイナスになった差引金額は他の差引金額と足し合わせません)。

【控除額の計算】

差引金額(A-B)	C
	円
所得金額の合計額	D
D × 0.05	E(赤字のときは0円)
Eと10万円のいずれか少ないほうの金額	F
医療費控除額(C-F)	(最高200万円、赤字のときは0円)

申告書表面にある「2所得金額」の「⑨合計」欄の金額を転記します。