

# 年分 セルフメディケーション税制の明細書(市・県民税申告用)

※この控除を受けられるかたは、通常の医療費控除は受けられません

氏名 \_\_\_\_\_

**1 申告するかたの健康の保持  
増進及び疾病の予防への取組**

取組内容	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> (                    )
発行者名 <small>(保険者、勤務先、市区町村、 医療機関名など)</small>	

※取組に要した費用は、控除対象となりません。

**2 特定一般用医薬品等購入費の明細**

薬局等の支払先の名称	医薬品の名称	①支払った金額	②左のうち生命保険や社会保険などで補てんされる額
合	計	A	B

※「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」よりも大きい医薬品がある場合、その医薬品を記載しないでください(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】**

支払った金額の合計(A)	
保険金などで補てんされる金額の合計(B)	
差引金額(A-B)	(赤字のときは0円)
医療費控除額(C-12,000円)	(最高8万8千円、赤字のときは0円)