

# 年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※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 医療費通知に記載された事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入します。

※医療保険者等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。

(例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

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

(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

## 2 医療費(上記1以外)の明細

「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(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		
2 の 合 計			Ⓐ	Ⓔ

医療費の合計	A	(Ⓐ+Ⓔ) 円	B	(Ⓔ+Ⓕ) 円
--------	---	---------	---	---------

## 3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 円	A
保険金などで補てんされる金額		B
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円)	C
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		F
医療費控除額 (C - E)	(最高200万円、赤字のときは0円)	G

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

- 「医療費控除の明細書【内訳書】」の記入例 -

令和5年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※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 宮城県利府町利府字新並松4番地

氏 名 利 府 太 郎

医療費通知は原本の提出が必要です

1 医療費通知に記載された事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入します。

※医療保険者等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。

(例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

- ①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた者、④療養を受けた病院：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

(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
176,584 円	155,300 円	20,000 円

この明細書は

2 医療費(上記1以外)の明細

「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(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)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
① 利府 太郎	□□病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	9,400 円	
② 同 上	〇〇薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	700	
③ 同 上	電車(JR)	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	1,560	
④ 利府 花子	△△医院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	4,400	

高額療養費や生命保険会社等から給付を受けた場合は、漏れなく記入してください

《注意!!》「2 医療費(上記1以外)の明細」を記入する場合には、

- ・医療を受けた方
- ・病 院
- ・薬 局

毎に、医療費を合計して金額を記載していきます。

例) 利府太郎さんの記入例(※利府花子さんは妻で生計が同一)

1) 利府太郎さん分の医療費

① □□病院	2/18	診療費： 6,000 円	③ 通院費(JR)： 2/18	780 円
	5/28	診療費： 3,400 円	通院費(JR)： 5/28	780 円
② 〇〇薬局	5/28	医薬品： 700 円		

2) 利府花子さん分の医療費

④ □□病院	9/18	診療費： 3,300 円	④ 医薬品	9/18	1,100 円
--------	------	--------------	-------	------	---------

2 の 合 計	Ⓐ	16,060 円	Ⓔ	0
---------	---	----------	---	---

医 療 費 の 合 計	A	Ⓐ+Ⓔ	171,360 円	B	Ⓒ+Ⓔ	20,000 円
-------------	---	-----	-----------	---	-----	----------

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 171,360 円	A
保険金などで補てんされる金額	20,000	B
差引金額 (A-B)	(マイナスのときは0円) 151,360	C
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		F
医療費控除額 (C-E)	(最高200万円、赤字のときは0円)	G

申告書第一表の(注) 次の場合には、それぞれ、  
 ・退職所得及び山林所得がある場合  
 ・ほかに申告分離課税の所得がある場合  
 (特別控除前の金額)  
 なお、損失申告の場合には、申告書第四表(損失申告用)の「4繰越損失を差し引く計算」欄の②の金額を転記します。  
 申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。

上部記入欄のうち、ⒶとⒺ(支払った医療費)、及びⒸとⒺ(補てん金額)それぞれを合計し、「A欄」及び「B欄」に記入し、差し引きの結果を「C欄」するところまで、あらかじめ作成願います。

※申告相談と会場滞在の時間短縮のため、医療費控除の明細書を事前に作成頂くように、ご協力をよろしくお願い致します。