

年分 医療費控除の明細書（市民税・都民税申告用）

※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

平成29年分の申告から、この明細書の添付が必要となり、医療費の領収書の添付又は提示は不要となりました（ただし、領収書は5年間保管してください）。なお、令和元（平成31）年分の申告までは、領収書の添付又は提示によることもできます。

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、下記の（1）～（3）を記入してください。

※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。

（例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」）

- ①被験者等の氏名 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（医療費通知を添付する場合、記入の省略可）

「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してください。

医療を受けた方の氏名	病院・薬局などの支払先の名称	医療費の区分	支払った医療費の額	生命保険や社会保険などで補てんされる金額
		<input type="checkbox"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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"/> 診察・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			㊨	㊩

3. 市民税・都民税申告書への転記

A医療費の合計（ア+ウ）	円	→「支払った医療費の金額」に転記します
B保険金などで補てんされる額（イ+エ）	円	→「保険金などで補てんされる金額」に転記します
C差引金額（A-B）	円	→「差引医療費実支払額」に転記します

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。