

令和 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 埼玉県蕨市

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填される金額
円 ア	円 イ	円

この医療費控除の明細書は、申告書と一緒に提出してください。

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」と「病院・薬局などの支払先」ごとにまとめて記入してください。

(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填される金額
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 配偶者 ()		<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			ウ 円	エ 円

3. 医療費（1と2）の合計 ※ 医療費控除額ではありません。

支払った医療費	(合計) 円	(ア + ウ)
保険金などで補填される金額		(イ + エ)

※市処理欄	基本コード
	郵送

- ※ 医療費控除を受ける場合は、この医療費控除の明細書を申告書に添付してください。添付がない場合は、控除を受けることができませんので、添付もれがないようご確認ください。
- ※ 「1. 医療費通知に記載された事項」に記載した場合は、併せて、記載したものの医療費通知（原本）の添付が必要となります。
- ※ この医療費控除の明細書の提出の際には、医療費の明細書及び領収書の提示又は添付は不要です。
- ※ 医療費等の領収書は、法定納期限から5年間ご自宅等で保存してください。後に、市から求めがあった場合は、当該領収書の提示又は提出をお願いします。