

◎年度の記入を必ずお願いします。

年度() 年分) 医療費控除の明細書(市民税・都民税用)

○ 医療費控除を受けるためには「医療費控除の明細書」の添付が必要です。(医療費の領収書の添付又は提示は必要ありません。)

○ 医療費の領収書は、市民税・都民税申告期限等から5年間、ご自宅等で保管してください。(後日、市役所から領収書の提示又は提出を求める場合があります。)

※ 領収書の添付又は提示では申告することはできません。

氏名 (生年月日 年 月 日)

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	円	円

2 医療費(上記1以外)の明細(「医療を受けた方の氏名」、「病院・薬局等の支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。)

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

(1) 医療を受けた方の氏名	(2) 病院・薬局等の支払先の名称	(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等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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	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(交通費等)	円	円
医療費の合計			① 円	② 円

※欄が不足する場合は便箋等を使用して不足分を作成してください。

申告書おもて面「医療費控除」の①欄に転記

申告書おもて面「医療費控除」の②欄に転記

この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制に係る控除を受けることができません。(裏面のセルフメディケーション税制に係る控除の明細書に、記載することはできません。)