

平成 年度 医療費控除の明細書

住 所

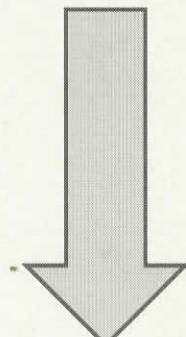
氏 名

市・県民税申告をされる方で医療費控除を適用する場合は、以下のフローチャートにより必要な事項をご記入ください。

どちらの医療費控除を選択しますか(併用不可)

一般医療費控除

セルフメディケーション税制



健康の保持増進及び疾病予防への取組を記入してください

①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"/> ()
②発行者名(保険者名、勤務先、市町村、医療機関等)			

(取組を明らかにする「特定健康診査・予防接種等」の書類の提示又は添付が必要です)



支払った医療費等の明細を記入してください

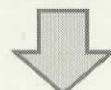
医療を受けた方	続柄	病院・薬局等の支払先の名称	治療内容・医薬品名等	支払った医療費等	左のうち生命保険や社会保険等で補填される金額
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
合 計				A 円	B 円

*上記に書ききれない場合は裏面にご記入いただくか任意の様式に追加でご記入ください

医療費控除の計算について

「一般医療費控除」を選んだ場合	
A 支払った医療費	円
B 保険金等で補填される金額	円
C A - B (差引金額)	(赤字の時は0円) 円
D 所得金額の合計額	円
E D × 0.05	円
F Eと10万円のいずれか少ない方	(赤字の時は0円) 円
G C - F (医療費控除額)	(最高200万円、赤字の時は0円) 円

「セルフメディケーション税制」を選んだ場合	
A 支払った医療費等	円
B 保険金等で補填される金額	円
C A - B (差引金額)	(赤字の時は0円) 円
H C - 12000円 (医療費控除額)	(最高88000円、赤字の時は0円) 円



→ G又はHの金額を申告書の医療費控除額欄にご記入下さい

