

記入例

令和7年分 医療費控除の明細書

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制(裏面)は受けられません。

住 所

伊丹市〇〇 △-△

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、右記の(1)~(3)を記入します。
※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おいいます。

(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療養を受けた者の氏名、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(自己負担額) (注)	(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
円	円	円

(注)医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

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」・「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(高額療養費など)などで補てんされる金額
A氏	かも病院	<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	80,000 円
A氏	らいおん病院	<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	5,000 0
B氏	かも病院	<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	14,100 4,700
C氏	ふらわー薬局	<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	23,800 0
C氏	しろくま薬局	<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	12,100 0
D氏	かも病院	<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	12,000 0
		<input 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	
		<input 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	

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

A氏とB氏が「かも病院」で医療を受けたことや、A氏が「異なる病院」で医療を受けた事についてはまとめて記入することが出来ません。

各個人が医療を受けた病院・薬局などの支払先ごとにまとめてください。

		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> その他の医療費 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2の合計			② 147,000	④ 42,700	
医療費の合計			A (②+④) 147,000	B (④+②) 42,700	円 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		円 B
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円)	円 C
所得金額の合計額		円 D
□ × 0.05	(赤字のときは0円)	円 E
Eと10万円のいずれか少ない方の金額		円 F
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円)	円 G

控除額の計算について、不明な箇所は空欄でも構いません。