

申告する年分
を記入します。

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 埼玉県比企郡川島町大字下八ツ林870-1

氏名 川島 太郎

1 医療費通知に記載された事項

医療費通知を受ける場合、右記の(1)~(3)を記入します。

医療保険者が発行する通知です。

(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
56,753 円	52,600 円	0 円

- 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

※明細の領収書は添付不要ですが、5年間保管しておく必要があります。

2 医療費（上記1以外）の明細

(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) や社会保険などで補てんされる金額
川島 太郎	〇〇病院	<input checked="" 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	250,000 円	200,000 円
川島 太郎		<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	5,000 円	0 円
川島 太郎	JR・〇△バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	2,000 円	0 円
川島 良子	〇〇病院	<input checked="" 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	40,400 円	0 円
川島 ハナ	特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	150,000 円	0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
		<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		0 円
2の合計			447,400 円	200,000 円

個人ごと、病院・薬局ごとに
記入します。

医療費の合計

A (㊷+㊸) 500,000 円 B (㊹+㊺) 200,000 円

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 500,000 円	A
保険金などで補てんされる金額	200,000	B
差引金額 (A - B)	300,000	C
所得金額の合計額	5,226,000	D
$\text{D} \times 0.05$	(赤字のときは0円) 261,300	E
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	100,000	F
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、赤字のときは0円) 200,000	G

確定申告書A用 ⇒ ⑧の金額
確定申告書B用 ⇒ ⑫の金額

申告書第一表の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。
(注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。
・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額
・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額 (特別控除前の金額)
なお、損失申告の場合には、申告書第四表 (損失申告用) の「4 繰越損失を差し引く計算」欄 (㊾)の金額を転記します。

申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。