

令和 年分 医療費控除の明細書

※領収書は受付できませんので、添付しないでください。

通常の医療費控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません。

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、所定の事項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) 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・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入できます。
「1 医療費通知に関する事項」に記入したものについては、記入しないでください。

(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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	円	円
2 の 合 計			(ウ)	(エ)

医療費の合計	A	(ア) + (ウ) 円	B	(イ) + (エ) 円
--------	---	-------------	---	-------------

3 控除額の計算

支払った医療費等	(合計)	A
保険金等で補てんされる金額		B
差引金額 A - B	(赤字のときは0円)	C
所得金額の合計額		D
D × 0.05	(赤字のときは0円)	E
E と 10万円のいずれか少ない方の金額		F
医療費控除額 C - F	(最高200万円、赤字のときは0円)	G

市民税・府民税申告書【所得から差し引かれる金額に関する事項】の「A 支払った医療費等」、「B 保険金等で補てんされる金額」欄にそれぞれ記入してください。

医療機関等の証明 (裏面「医療機関等の証明を要する費用」を含む場合に記入)	
証明年月日	証明の名称
年 月 日	
証明者の名称 (医療機関等)	

医療費控除を申告される方へ

「医療費控除の明細書」を提出してください。医療費通知がある方は、添付してください。

また、明細書の記入内容確認のため、法定納期限の翌日から5年間、市民税課から領収書（医療費通知に係るものを除きます。）やおむつ使用証明書等の提示又は提出を求める場合がありますので、領収書はご自宅等で保管してください。なお、領収書での医療費控除の申告は受付できません。

医療費控除の明細書の記載要領

この明細書は、医療費控除の適用を受ける場合に使用します。この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例を受けることができませんので、ご注意ください。

1 医療費通知に関する事項

医療費通知を添付する場合、(1)～(3)を記入します。

※医療費通知とは、医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の事項が記載されたものをいいます。

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

※自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費に関する医療費通知に限りません。

(1)「医療費通知に記載された医療費の額」欄

自己が負担した医療費の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

(2)「(1)のうち、その年中に実際に支払った医療費の額」欄

※医療費通知に記載された医療費の額は、実際に支払った金額と異なる場合がありますので、領収書をご確認ください。

(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」欄

生命保険契約、損害保険契約又は健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金（入院費給付金、出産育児一時金、高額療養費など）がある場合に、その金額を記入します。

2 医療費（上記①以外）の明細

その年中に自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費について、領収書から必要事項を記入します。

（「①医療費通知に関する事項」に記入したものについては、記入しないでください。）

(1)「医療を受けた方の氏名」欄

医療を受けた方の氏名を記入します。

(2)「病院・薬局などの支払先の名称」欄

診療を受けた病院や医薬品を購入した薬局などの支払先の名称を記入します。

(3)「医療費の区分」欄

医療費の内容として該当するものを全てチェックします。

(4)「支払った医療費の額」欄

医療費控除の対象となる金額を記入します。

(5)「(4)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額」欄

上記①(3)と同様です。

例) 八尾市 太郎さんが○△病院に通院した場合

2月18日 診療：6,500円 通院費（○○バス） 往復 780円

5月28日 診療：5,500円 通院費（○○バス） 往復 780円

○△病院計：12,000円 通院費計：1,560円

※「□その他の医療費」欄は、例えば通院費、医療用器具の購入（いずれも通常必要なものに限りません。）などがある場合にチェックします。

※通院費の支払先が乗り継ぎ等により複数ある場合は、記入例のようにまとめて記入しても差し支えありません。

記入例	(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てんされる金額
	八尾市 太郎	○△病院	<input checked="" 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	12,000 円	円
	"	○○バス	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	1,560 円	円

必要書類

- この「医療費控除の明細書」（添付）
- 医療費通知（原本）「①医療費通知に関する事項」に記入したものに限りません。（添付）
- 次の「医療機関等の証明を要する費用」について控除を受ける場合は、表面「医療機関等の証明」欄を記載し、それぞれ該当する書類はご自宅等で保管してください。

「医療機関等の証明を要する費用」

◎寝たきりの人のおむつ代

⇒必要な書類：医師が発行した「おむつ使用証明書」

※おむつ代について医療費控除を受けることが2年目以降で介護保険法の要介護認定を受けている一定の人は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書を「おむつ使用証明書」に代えることができます。

◎B型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用

⇒必要な書類：医師の診断書

（その患者がB型肝炎にかかっており、医師による継続的治療を要する旨の記載があるもの）

◎白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用

⇒必要な書類：処方箋

（医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの）

◎温泉利用型健康増進施設の利用料金⇒必要な書類：温泉療養証明書

◎指定運動療法施設の利用料金⇒必要な書類：運動療法実施証明書

◎ストマ用装具の購入費用 ⇒必要な書類：ストマ用装具使用証明書

◎市町村又は認定民間事業による在宅療養の介護費用

⇒必要な書類：在宅介護費用証明書

◎補聴器の購入費用⇒必要な書類：補聴器適合に関する診療情報提供書