

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）を受けることができません。

令和 年度 医療費控除の明細書

氏名

1 医療費通知に関する事項

右記の(1)～(3)を記入する場合、

医療費通知(※)を必ず添付してください。

※医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類です。(例)健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」など

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2)のうち その年中に支払った医療費の額	(3)のうち 保険金などで補てんされる金額
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することができます。

※上記1に記入したものは記入しないでください。

※書ききれない場合はコピーしてお使いください。

(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)保険金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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
2 の 合 計			㊦	円 ㊧

3 差引負担額の計算 下記A～Cの額を申告書「㊦ 医療費控除」の各欄に転記してください。

A	支払った医療費 (㊦+㊧)	円
B	保険金などで補てんされる金額 (㊧+㊨)	円
C	差引負担額 (A-Bの金額)	円

医療費控除の申告には、

医療費控除の明細書

の提出が必要です！

「医療費の領収書」では、医療費控除を受け付けることができません。ご注意ください。

大田区課税課

※医療費の領収書は5年間保存してください。明細書の記入内容を確認するために提出または提示いただく場合があります。

※医療保険者から交付を受けた医療費通知を添付すると、明細の記入を省略できます。

(医療費通知とは、健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」などです。)

※医療費通知に記載された医療費が10割の金額である場合は、自己負担額を記入する必要があります。

(大田区)特別区民税・都民税申告用

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)を受けることができません。

令和 年度 医療費控除の明細書

1 医療費通知に関する事項

右記の(1)～(3)を記入する場合、
医療費通知(※)を必ず添付してください。

※医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類です。(例)健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」など

氏名		
(1)	(2)	(3)
医療費通知に記載された医療費の額	(1)のうちその年中に支払った医療費の額	(2)のうち保険金などで補てんされる金額
円②	円④	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することができます。

※上記1に記入したものについては記入しないでください。

※書ききれない場合はコピーしてお使いください。

(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)保険金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		
		<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		
		<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		
		<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		

(例)

大田太郎さんが受けた医療

2/18	■■病院	診療	6,000円	①
5/28	■■病院	診療	3,400円	①
	▲▲薬局	医薬品	700円	②

大田花子さんが受けた医療

9/13	○○診療所	診療	3,300円	③
		医薬品	1,100円	
		往復交通費	1,560円	

- ・医療を受けた人
 - ・病院、薬局ごとに医療費を合計して記入します。
- ※日付ごとではありません。

医療費の明細欄の書き方

(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)保険金などで補てんされる金額
大田 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	9,400円	0円
同上	▲▲薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	700円	0円
大田 花子	○○診療所	<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	4,400円	0円
同上	JR、〇バス	<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	0円