

医療費控除を申告される方へ

※非課税の方・所得割がかからない方は、提出不要です。

医療費控除は領収書が提出不要となりました。

平成30年度の市民税・県民税申告から、領収書の代わりに
医療費控除の明細書の添付が必要となりました。

※医療費の領収書は自宅で5年間保存する必要があります。

(明細書の記入内容確認のため、法定納期限から5年間は領収書の提示又は提出を求める場合があります。)

(注)平成30年度から令和2年度までの申告については、従来の領収書の添付又は提示による申告も可能ですが、**令和3年度以降は受け付けられません。**

医療費控除の明細書の記載要領

この明細書は、地方税法第34条第1項第2号、第314条の2第1項第2号(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

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

医療費通知を添付する場合、①～③を記入します。

※1 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(「医療費のおしらせ」等の名称で送られてきます。)のうち次の6項目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
- ⑤被保険者等が支払った医療費の額は記載されている金額が、医療費の総額(10割)のみの場合は該当しません。

※2 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す。

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、全て合計して記入します。

② 「①のうち、その年中に実際に支払った医療費の額」欄

①の医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費の合計額を記入します。

※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、保険金等で補填される金額」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、高額療養費等)がある場合に、その金額を記入します。

※保険金等で補填される金額は、その給付の目的となった医療費の金額を限度として差し引きますので、引ききれない金額が生じた場合であっても、他の医療費からは差し引きません。

記入例

医療費通知に記載された自己負担額の合計額を記入します。	①で記入した医療費のうち、その年中に実際に支払った金額を領収書等で確認し、合計額を記入します。	②の医療費について、保険金等を受け取った場合は、その金額を記入します。
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のうち保険金等で補填される金額
176,584円	⑦ 153,300円	① 円

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・薬局等の支払先の名称」欄

診察を受けた病院や医薬品を購入した薬局等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のうち保険金等で補填される金額」欄

上記①③と同様です。

例) 檀原太郎さんが〇〇病院に通院した場合
6月17日 診察:6,500円 通院費(〇〇バス、JR)往復780円
8月30日 診察:5,500円 通院費(〇〇バス、JR)往復780円
〇〇病院計: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、医療器具の購入(いずれも通常必要なものに限ります。)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などにより複数ある場合には、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・薬局等の支払先の名称	③ 医療費の区分	④ 支払った医療費の額	⑤ ④のうち保険金等で補填される金額
檀原 太郎	〇〇病院	<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
〃	〇〇バス、JR	<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	

添付又は提示が必要な書類(抜粋)

- 「医療費控除の明細書」(同項目が含まれた内容で独自で作成いただいた明細書での提出もできます。)
- 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です。
- おむつ代やストマ用器具代については、使用証明書を添付してください。

のりしろ

医療費通知などの書類は、こちらに貼ってください。

のりしろ

年度 医療費控除の明細書

※この控除を受けられる方は、セルフメディケーション税制は受けられません。
また、税額決定後は、セルフメディケーション税制への変更はできません。

下記の項目が含まれた内容で、
独自で作成された明細書がある場合は、この用紙に代えて
提出することもできます。

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、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保険者等の名称の6項目が記載されたものをいいます。

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のうち保険金等で補填される金額
	㉗	㉘ 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・薬局等の支払先の名称」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。

① 医療を受けた方の氏名	② 病院・薬局等の支払先の名称	③ 医療費の区分		④ 支払った医療費の額	⑤ ④のうち保険金等で補填される金額
		<input type="checkbox"/> 診療・治療	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	円	円
		<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		㉙	㉚
-------------	--	---	---

医療費の合計	(A)	(㉗ + ㉙) 円	(B)	(㉘ + ㉚) 円
---------------	-----	-----------	-----	-----------

③ 控除額の計算

支払った医療費	(合計)	円	(A)
保険金等で補填される金額			(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)
㉛×0.05	(赤字のときは0円)		(E)
㉚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)

申告書⑦医療費控除欄の
支払った医療費に
記入してください。

申告書⑦医療費控除欄の
保険金などで補填される金額に
記入してください。

申告書⑫所得金額を
転記してください。

申告書「4所得から差し引かれる
金額」の⑦医療費控除欄に
記入してください。

医療費通知などの書類は裏面に貼り付けてください。