

# 医療費控除を申告される方へ

医療費控除の適用を受ける場合は、「医療費控除の明細書」の提出が必要です。

領収書では申告できませんので、ご注意ください。

ただし、明細書の記入内容の確認のため、申告期限から5年間、領収書(医療費通知に係るものを除きます。)の提示または提出を求め場合がありますので、領収書はご自宅で保管してください。

## 医療費控除の対象となる金額 医療費控除の金額は、次の式で計算した金額です。

「その年中に支払った医療費」-「保険金などで補てんされる金額」-「10万円又は総所得金額等の5%（※）」=医療費控除額(最高で200万円)

(※) その年の総所得金額等が200万円未満の人は、支払った医療費から総所得金額等の5%の金額を差し引きます。

## 医療費控除の明細書の記載要領

### 医療費通知例

### 1 医療費通知に関する事項

医療費通知とは、医療保険者等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です。

- 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す。

医療費通知を添付する場合、(1)~(3)を記入します。

医療費のお知らせ							*****年12月1日	
吹田 一郎様							〇〇会社健康保険組合	
治療を受けた方	診療年月	診療区分	日数または回数	医療費の総額	本組合が支払った額	あなたが支払った額	適用	
吹田 一郎様	** ** *	歯科	3	200,000	140,000	60,000		
吹田 一郎様	** ** *	薬局	3	100,000	70,000	30,000		
吹田 花子様	** ** 12	通院	10	300,000	210,000	90,000		
合計					600,000	420,000	180,000	

### 記入例①

(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
180,000 円	ア 180,100 円	ウ 円

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。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

(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。※ 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。

(2)の医療費について、保険金などを受け取った場合は、その金額を記入します。

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。  
※ 保険金などで補てんされる金額は、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けません。

### 2 医療費(上記1以外)の明細

「1 医療費通知に関する事項」に記入したのものについては、記入しません。

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、必要事項を記入します。

### 記入例②

(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
吹田 一郎	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
〃	JR、市バス	<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
〃	□☆クリニック	<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	2,100 円	円
〃	阪急バス	<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	720 円	円

(例)吹田一郎さんが〇×病院、□☆クリニックへ通院した場合  
2月18日 〇×病院 診療6,500円 通院費(JR、市バス)往復780円  
4月30日 □☆クリニック 診療550円 通院費(阪急バス)往復360円  
5月28日 〇×病院 診療5,500円 通院費(JR、市バス)往復780円  
8月10日 □☆クリニック 診療1,550円 通院費(阪急バス)往復360円  
〇×病院 診療費計:12,000円 交通費計:1,560円  
□☆クリニック 診療費計:2,100円 交通費計:720円

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)の医療費について、保険金などを受け取った場合は、その金額を記入します。

医療費控除の対象となる金額を記入します。

※「□その他の医療費」欄は、通院費、医療器具の購入(いずれも通常必要なものに限り)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。

## 提出又は提示が必要な書類

- 医療費控除の明細書(提出)
- 医療費通知(提出) ※「1 医療費通知に関する事項」に記入した内容のもの。
- 保険等で補てんされた金額を証する書類(提出又は提示)

この明細書は、医療費控除の申告用です。セルフメディケーション税制をご利用の場合は、ホームページからダウンロードしていただくか、市民税課までお問い合わせください。

# 令和 年度 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、(1)～(3)を記入します。

※ 医療費通知とは、医療保険者等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」)

※ 通院に要した交通費等については「2 医療費の明細」へ記入してください。

※ 10月～12月分の医療費通知は申告の時期に間に合わないことがあります。その場合、10月～12月分の医療費は、「2 医療費の明細」へ記入してください。

(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
円	㉞	㉟

## 2 医療費(上記1以外)の明細 【 別紙あり なし 】

別紙の用紙の種類は問いませんが、下記と同様の記載が必要です。

「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。

(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
<b>2 の合計</b>			㉠	㉡

## 3 医療費の合計

支払医療費等 ( ㉞ + ㉠ )	円	A
保険金などで補てんされる金額 ( ㉟ + ㉡ )	円	B
差引 ( A - B )	円	C

申告書の左面の医療費控除欄「A 支払医療費等」「B 保険金などの補てん額」「C 差引」に転記します。