資 料 番 号			宛名コード（住民コード）

年分　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、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てんされる金額
円	ア　円	イ　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。

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填される金額
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費	円	円
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
２　の　合　計			ウ　円	エ　円

医　療　費　の　合　計	Ⓐ （ア ＋ ウ）　円	Ⓑ （イ ＋ エ）　円

この明細書は　申告書と一緒に提出してください。

3　控除額の計算

支払った医療費	（合計）　円	A	
保険金などで補填される金額		B	
差引金額（A－B）		C	※（赤字のときは0円）
所得金額の合計額		D	
D×0.05		E	※（赤字のときは0円）
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）		G	※（最高200万円、赤字のときは0円）

泉佐野市

31.01