

	-	-	
--	---	---	--

医療費控除  
 平成31年度分  
 セルフメディケーション税制  
 (医療費控除の特例)  
 の明細書

※ 医療費控除とセルフメディケーション税制(医療費控除の特例)は選択適用となります。どちらかを選び、チェックボックスに☑を付けてください。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※ 医療費控除の場合、「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。セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)の場合は、「薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入できます。医療費通知(税務申告に利用できるものに限ります。)に記載のあるものについては、明細書に記入せず、下記の◆医療費控除を選択した場合の控除額の計算の(1)に自己負担額を記入してください。

医療を受けた方の氏名 (医療費控除の場合)	病院・薬局などの支払先の名称	医療費の区分/医薬品の名称		支払った金額	左のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
		医療費の区分 (医療費控除の場合)	医薬品の名称 (セルフメディケーション税制の場合)		
		<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		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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
		<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			
<b>合 計</b>					

※書き切れなときは、この明細書をコピーしてください。

◆医療費控除を選択した場合の控除額の計算

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	円	※1
(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額		
(4) 差引金額 (2) - (3)		
(5) 支払った金額 (合計)		←
(6) (5)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる額		
(7) 差引金額 (5) - (6) (赤字のときは0円)		←
(8) 実質負担額 (4) + (7)		
(9) 所得金額の合計額		←
(10) (9) × 0.05 (赤字のときは0円)		
(11) (10)と10万円のいずれか少ない方の金額		←
(12) 医療費控除額 (8) - (11) (最高200万円、赤字のときは0円)		

※1 医療費通知に記載の自己負担額(窓口支払額)を記入してください。医療費通知(税務申告に利用できるものに限ります)を添付してください。

◆セルフメディケーション税制を選択した場合の控除額の計算 (医療費控除の特例)

(1) 取組内容	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診断 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> ( )	※2
(2) 発行者名 (保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)		
(3) 支払った金額 (合計)		←
(4) (3)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる額		
(5) 差引金額 (3) - (4) (赤字のときは0円)		←
(6) 医療費控除額 (5) - 12,000円 (最高88,000円、赤字のときは0円)		

※2 一定の取組を行ったことを明らかにする書類を添付してください。また、取組に要した費用は控除対象となりません。