

医療費控除

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

平成30年度分

の明細書

セルフメディケーション税制 (医療費控除の特例)

※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		
		<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		
合計					

※書き切れないときは、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
(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)	

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

(1) 取組内容	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <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。

※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。