

医療費控除の申告については平成 30 年度より本紙裏面の明細書を添付していただくことで領収書の添付は不要となります。

●医療費の領収書は、ご自宅で 5 年間保管する必要があります。

※平成 30 年度の申告の場合、平成 29 年中に支払った医療費の領収書は、平成 35 年 6 月 30 日まで保管してください。

医療費控除の明細書の記載方法

※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。

医療費の区分 (医療費控除の場合)	
<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 checked="" type="checkbox"/> その他 ③

●明細書の記載見本

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)		
大阪 太郎	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他	① 12,000 円	②
〃	JR, □□バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他	1,560 円	

※記載にあたっての各項目の留意点

- 〇〇病院に 2 度通院した場合は、医療費の計：12,000 円、通院費の計：1,560 円をそれぞれ記入してください。
- ①のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額には、生命保険契約、損害保険契約又は健康保険法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てください。
- ③医療費の区分の「その他」には、通院費や医療器具の購入などがある場合にチェックしてください。

●医療費通知を添付する場合

健康保険組合等が発行する医療費通知（医療費のお知らせ）を添付すると、通知に記載されている医療費支払額については、明細欄への記入を省略できます。右図のとおり、本紙裏面の「医療費通知に記載された医療費の額」等 (1)～(3) へ、医療費通知に記載の自己負担額等を記入してください。

ただし、医療費通知は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もので、税務申告に利用できるものに限りです。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	176,586 円
(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	153,300
(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)	153,300

←通知に記載のある自己負担額の合計額を記入。

←(1)で記載した医療費のうち平成 29 年中に実際に支払った金額を確認し、その合計額を記入。

セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)の明細書の記載方法

※この控除をうける方は、通常の医療費控除を受けることができませんので、ご注意ください。

健康を保つために又は疾病の予防として一定の取組を行う方が、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る特定一般用医薬品等購入費（スイッチ O T C 医薬品）を支払った場合は、通常の医療費控除との選択により、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す。本紙裏面のセルフメディケーション税制の明細書の☑に印を付けてください。

●必要書類（申告時に添付または提示してください。）

- セルフメディケーション税制の明細書（添付）
- 適用を受ける年度の前年中に、健康を保つ一定の取組を行ったことを明らかにする書類（写しの添付または原本の提示）
次の事項が記載されている必要があります。
「氏名」「取組を行った年」「事業を行った保険者、事業者もしくは市区町村の名称または取組に係る診察を行った医療機関の名称または医師の氏名」
◆インフルエンザの予防接種又は定期予防接種の領収書又は予防接種済証 ◆市区町村のがん検診の領収証又は結果通知表
◆職場で受けた定期健康診断の結果通知表 ◆人間ドックやがん検診をはじめとする各種健診の領収証又は結果通知表
◆特定健康診査の領収書又は結果通知表

●明細書の記載見本

- 同一の薬局で複数の医薬品を購入した場合は、医薬品名を並べて記入し、購入金額の合計を記入してください。
- 医薬品の名称が枠内に記載しきれない場合はこのように記入してください。

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)		
記載不要	△△薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他	① 1,644	
	××ドラッグストア	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他	② 1,576	
	〃	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他		

医療費控除
 平成30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		円	円
		<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					

※書ききれないときは、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	※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98,000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。