

医療費控除の適用を受ける場合の注意事項

●医療費控除の適用を受ける場合は、本紙裏面の明細書の添付が必要です。

※医療費通知や領収書をもとに、ご自身で明細書を作成してください。

●医療機関等の領収書は添付しないでください。

※明細書の記入内容の確認のため、提示または提出を求める場合がありますので、ご自宅で5年間保管する必要があります。令和4年度の申告の場合、令和3年中に支払った医療費の領収書は、令和9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入方法

※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。

●明細書の記入見本

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	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③	1,560	

※記入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、医療費と通院費について、それぞれの合計金額を記入してください。
- 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、損害保険契約また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。
- 医療費の区分の「その他」には、通院費や医療用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、医療費通知は自己また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ます。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	176,586
(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	0
(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)で記入した医療費のうち令和3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)の明細書の記入方法

※この控除を受ける方は、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。

健康を保つためにまたは疾病の予防として一定の取組を行う方が、自己また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(スイッチOTC医薬品)等購入費を支払った場合は、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。

●必要書類

- セルフメディケーション税制の明細書
 - 令和3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(添付は不要)
- ※提示または提出を求める場合がありますので、書類は令和9年6月30日まで保管してください。

【書類に記載が必要な事項】

「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」

【一定の取組を行ったことを明らかにする書類】

- ◆インフルエンザの予防接種または定期予防接種の領収書または予防接種済証◆市区町村のがん検診の領収書または結果通知表◆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書または結果通知表◆特定健康診査の領収書または結果通知表

●明細書の記入見本

- 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入できない場合は、下段にはみ出して名称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)		
記入 不要	△△薬局	<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	1,644	
	x xドラッグストア	<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	① 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	②	

医療費控除またはセルフメディケーション税制(医療費控除の特例)の明細書は、同封の「市民税・府民税申告書添付書類台紙」に添付してください。