

※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、次の6項目が記載されたものをいいます。

- ①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた者、
④療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被保険者等が
支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

(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填される金額
円	円	円

「医療費を受けた方の氏名」、「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。

2 医療費(上記1以外)の明細

[illegible]

医療費の合計	A	(㉗+㉘) 円	B	(㉙+㉚) 円
--------	---	---------	---	---------

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)	(赤字のときは0円)		C
所得金額の合計			D
D × 0.05	(赤字のときは0円)		E
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)	(最高200万円、赤字のときは0円)		G

※この控除を受ける方は、通常の医療費控除は受けられません

1 申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組

※取組に要した費用は、控除対象となりません。

(1) 薬局などの支払先の名称	(2) 医薬品の名称	(3) 支払った金額	(4) (3)のうち生命保険 や社会保険などで 補填される金額
		円	円
合	計	A	B

支払った金額	(合計)	円	A
保険金などで 補填される金額			B
差引金額 (A - B)	(赤字のときは0円)		C
医療費控除額 (C - 12,000円)	(最高8万8千円、赤字のときは0円)		D