

令和 6 年分 医療費控除の明細書

※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

該当する年の1～12月に
支払った医療費

氏 名 伊野 太郎

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

本人や同一生計の家族の
氏名をそれぞれ記入する

病院や薬局ごとに1年間に
支払った金額を記入する

「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。

(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
50,000 円	40,000 円	10,000 円

2 医療費(上記1以外)の明細

(1) 医療を受けた方の氏名	(2) 病院・薬局などの支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った医療費の額	(5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
伊野 太郎	仁淀病院	☒ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費	30,000 円	5,000 円
伊野 太郎	伊野薬局	☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☒ 医薬品購入 ☐ その他の医療費	10,000 円	0
伊野 花子	仁淀病院	☒ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費	60,000 円	15,000 円
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費		
2 の 合 計			100,000 円	20,000 円

病院や薬局の名称を
それぞれ記入する

高額療養費や保険金の
金額を記入する

医療費の合計	A (㊦+㊧)	140,000 円	B (㊨+㊩)	30,000 円
--------	---------	-----------	---------	----------

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 140,000 円	A
保険金などで補填される金額	30,000	B
差引金額 (A - B)	110,000	C
所得金額の合計	1,500,000	D
D × 0.05	75,000	E
Eと10万円のいずれか少ない方の金額	75,000	F
医療費控除額 (C - F)	35,000	G

申告書に記載した「所得の
合計金額」

○申告に必要なもの

①医療費控除の明細書

※平成29年分の医療費控除から、「医療費控除の明細書」の添付が義務になりました。

なお、医療費控除で利用した領収書は、自宅で5年間保管してください(領収書の添付は不要)。

②医療費通知(該当者のみ)等

※医療費通知は医療保険者が発行する書類で次の事項が記載されているものに限りします。

- 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医療機関等の名称
⑤支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

上の記載例を参考に、「医療費控除の明細書」を作成のうえ、申告書に添付してください。

医療費控除について

○医療費控除

申告者や申告者と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ついて、次のとおり控除を申告することができます。

【医療費の支払額】 － 【保険金等の補填金額※1】 － 【10万円※2】 ＝ 【控除額】

※1 健康保険の高額療養費や生命保険契約等の保険金など

※2 所得の合計額が200万円までの方は「所得の合計額×5%」

○対象となる医療費

医師等による診療を受けるために直接必要な費用で次のようなもの

医療費控除の対象となるもの(例)	医療費控除の対象とならないもの(例)
医療機関で診療や治療に要した費用	美容を目的とした歯科矯正や整形の費用
治療や療養に必要な医薬品の購入費用	健康診断や特定健診の費用
医療用器具の購入費用やレンタル費用	診断書料
通院費※1	予防接種の費用
入院中の部屋代※2、入院中の食事代※3	入院中の日常生活品の購入費用 など
おむつ代※4	
介護保険サービス(下記を参照) など	

※1 原則、電車やバスなどの公共交通機関を利用した場合の費用になります。

障害等の理由によりタクシーを利用しなければ通院できない場合は、タクシー代も対象となります。

自家用車で通院する場合のガソリン代は対象となりません。

※2 本人の希望による個室部屋代は対象となりません。

※3 医療機関から提供される食事のみ対象となります。

※4 6か月以上寝たきりで、医師が発行する「おむつ使用証明書」がある場合に限りです。

○対象となる医療費（介護保険サービス分）

施設サービス	対象となる施設名	対象となるサービス	対象となる金額
	指定介護老人福祉施設	介護費・食費・居住費※	支払額の1/2
	指定地域密着型介護老人福祉施設		
	特別養護老人ホーム(特養)		
	介護老人保健施設		支払額
	指定介護療養型医療施設		
	介護医療院		

※日常生活費、特別なサービス費用は対象となりません。

居宅サービス	① 対象となるサービス	② 左記①と併用により対象となるサービス
	訪問看護	訪問介護(生活援助中心型を除く)
	訪問リハビリテーション	訪問入浴介護
	居宅療養管理指導	通所介護(デイサービス)
	介護予防居宅療養管理指導	小規模多機能型居宅介護
	通所リハビリテーション	短期入所生活介護(ショートステイ)
	短期入所療養介護 など	介護予防短期入所生活介護 など