**令和　　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。

　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴ 医療費通知に記載された医療費のうち前年中に支払った額 | ⑵ ⑴のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額 |
| 円 | 円 |

# 医療費通知（※）を添付する場合

医療費通知の添付に加えて、右記の⑴、⑵を記入してください。

２人以上の受診者の情報が記載されている場合は総額をご記入ください。

※医療保険者が発行する医療費の額などを通知する書類です。

　（例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療費通知を添付しない場合は記入不要です。

# 領収書を元に明細を記入する場合

「領収書１枚」ごとではなく「医療を受けた方」、「病院・薬局等」ごとに年間の支払額をまとめて記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑴医療を受けた方の氏名 | ⑵病院・薬局等の支払先の名称 | ⑶ 年間で支払った医療費の額 | ⑷補てんされる金額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　 　　　　計 | |  |  |

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。