

※ 注意事項及び必要書類については裏面をご覧ください。

整理番号	
地域コード	

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は、右記の(1)～(3)に必要事項を記入します。
通知が複数ある場合は、全て合計して記入してください。

(1) 医療費通知に記載された自己負担額の合計	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った自己負担額の合計額	(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

2 医療費(上記1以外)の明細

「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。
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
		☐ 診療・治療 ☐ 介護保険サービス ☐ 医薬品購入 ☐ その他の医療費	円	円
2 の 合 計			㊦ 円	㊧ 円
医 療 費 の 合 計		A (㊦+㊧) 円	B (㊦+㊧) 円	

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計)	円	A	申告書表面の「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」の医療費控除欄に転記します。
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	
所得金額の合計金額			D	申告書表面の「2 所得金額」の合計欄⑫の金額を転記します。 (注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。 ・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額 ・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額 (特別控除前の金額)
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	申告書表面の「4 所得から差し引かれる金額」の医療費控除⑦に転記します。

