

※ 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 |
|---------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
|               |                   | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 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<br>(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。<br>(注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。<br>・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額<br>・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額<br>(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<br>(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⑬に転記します。                                                                                                 |

医療費控除を受けるためには、「医療費控除の明細書」を添付してください。

※領収書の添付は不要です。

- ※ 医療費の領収書はご自宅等で5年間保存する必要があります。
- ※ 令和8年度の申告の場合、令和7年中に支払った医療費の領収書は、令和13年6月30日まで保管してください。市から求められたときは、領収書を提示又は提出しなければなりません。

■医療費控除とは

あなたやあなたと生計を一にする配偶者やその他の親族のために医療費等を支払った場合に受けられる所得控除です。

■注意事項

- ※ 予防接種、診断文書料等は控除の対象になりません。
- ※ この医療費控除を受ける方は、「セルフメディケーション税制による医療費控除の特例」(最下部参照)を受けられません。

■医療費控除の明細書記入方法

「1 医療費通知に関する事項」の欄

- (1) 医療費通知(※)を添付する場合に記入します。(必ず医療費通知の原本を添付してください。)
- (2) 通知が複数ある場合は全て合計します。
- ※ 医療費通知とは、健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」等がありますが、**医療費の明細書の記入を省略できるのは次の①～⑥の項目の全てが記載された通知に限ります。**
  - ①被保険者等の氏名
  - ②療養を受けた年月
  - ③療養を受けた者の氏名
  - ④療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称
  - ⑤被保険者が払った医療費の額
  - ⑥保険者等の名称

「2 医療費(上記1以外)の明細書」の欄

- (1) 領収書に、対象外のものが含まれていないか確認する。  
【対象外となるものの例】・予防接種や文書診断料など  
・令和7年1月から12月の領収日以外のもの
- (2) 医療を受けた方ごとに領収書を分ける。
- (3) (2)で分けた領収書を病院・薬局などの支払先ごとに分け、支払医療費の額を集計する。
- (4) 医療費の明細書に記入する。

■添付または提示が必要な書類

- この「医療費控除の明細書」(添付)(市民税課のホームページから様式が印刷できます。)
- 医療費通知(原本)(「1 医療費通知に関する事項」に記入したものに限ります。)(添付)
- 次の費用について医療費控除を受ける場合は、それぞれ該当する書類(添付又は提示)

|                                   |                                                                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ●寝たきりの人のおむつ代                      | 医師が発行した「おむつ使用証明書」<br>(介護保険法の要介護認定を受けている一定の人は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書等を「おむつ使用証明書」に代えることができます。) |
| ●温泉利用型健康増進施設の利用料金                 | 温泉療養証明書                                                                                   |
| ●指定運動療法施設の利用料金                    | 運動療法実施証明書                                                                                 |
| ●ストマ用装具の購入費用                      | ストマ用装具使用証明書                                                                               |
| ●B型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用 | 医師の診断書<br>(その患者がB型肝炎にかかっており、医師による断続的治療を要する旨の記載のあるもの。)                                     |
| ●白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用               | 処方箋<br>(医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの。)                                                |
| ●市町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用         | 在宅介護費用証明書                                                                                 |

「セルフメディケーション税制による医療費控除の特例」とは、検診又は予防接種等の一定の取組を行っている人が、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族のために、特定一般用医薬品(スイッチOTC医薬品)等の購入費を支払った場合に受けられる所得控除です。この控除を受ける場合は、「セルフメディケーション税制の明細書」を添付してください。様式は、市民税課ホームページ(<https://www.city.gifu.lg.jp/>)から印刷できます。

トップページ ⇒ くらし・手続き ⇒ 税金 ⇒ 申請書ダウンロード(税金) ⇒ 個人市・県民税・森林環境税の申請書ダウンロード ⇒ 市・県民税申告書 ⇒ 市・県民税申告書に関する様式