

## ◆医療費控除について◆

平成30年度の市民税・都民税の申告から、

**医療費の領収書の提出の代わりに“医療費控除の明細書”の添付が必要です。**

※市役所から領収書の提示又は提出を求め場合がありますので、領収書はご自宅等で5年間保存してください。  
 ※経過措置として平成30年度から令和2年度までの市民税・都民税の申告については、医療費の領収書の添付又は提示によることもできます。

◎医療保険者から交付を受けた医療費通知を添付し、「1. 医療費通知に関する事項」を記入することで、「2. 医療費(上記1以外)の明細」の記入を省略できます。

(医療費通知に記載がない医療費は「2. 医療費(上記1以外)の明細」への記入が必要です。)

◎医師が発行した「おむつ使用証明書(一定の方は市町村長等が交付するおむつ使用の確認書等)」など、一定の費用については、証明書類の提出が必要となります。

◎通常の医療費控除とセルフメディケーション税制の控除は選択制となっていますので、どちらか一方を選択して申告してください。

## 令和\_\_\_\_\_年度 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による特例は受けられません

住所 \_\_\_\_\_

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項目がすべて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

### 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"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2の合計			円	円

医療費の合計	支払った医療費	(ア+ウ) 円	補填される金額	(イ+エ) 円
--------	---------	---------	---------	---------

