※医療費控除を受ける方は、セルフメディケーション税制　　　氏名

を受けることができません。　　　　　　　　　　　　　　 　 住所

1. **医療費通知（医療費のお知らせなど）に関する事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療費通知に記載された**  **医療費の金額** | **左記のうちその年中に**  **実際に支払った金額** | **生命保険や社会保険などで**  **補てんされた金額** |
| **円** | **Ａ**  **円** | **Ｂ**  **円** |

1. **医療費（上記1以外）の明細**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療を受けた方の氏名** | **病院・薬局等の支払先の名称** | **支払った医療費**  **の金額** | **保険金などで**  **補てんされた金額** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **合計** | | **Ｃ** | **Ｄ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ａ＋Ｃ＝①** | **Ｂ＋Ｄ＝②** | **①－②** |

**医療費控除を申告される方へ**

平成29年度の税制改正により、平成30年度　市民税・県民税申告（平成29年分内容）の申告から医療費控除を適用するための添付書類として、医療費の領収書ではなく「医療費控除の明細書」の添付が必須となっております。

　令和2年度　市民税・県民税申告（令和元年分内容）までは、経過措置として、「医療費控除の明細書」の添付に代えて、「医療費の領収書」の添付または提示でも医療費控除を適用することができましたが、令和3年度　市民税・県民税申告（令和2年分内容）より、**医療費の領収書の添付又は提示の場合、医療費控除の適用ができなくなりました**ので、下記記載例を参考に、医療費の明細書を作成し、添付資料としてご提出していただきますようお願い致します。

なお、医療費の明細書については、この様式以外でも構いません。（手書きで作成でも可）

**1.医療費通知に関する事項**

医療費通知に記載された自己負担額の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、すべて合計し記入します。

【実際に支払った金額】のうち、生命保険契約、損害保険契約または、健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金（入院費給付金、出産育児一時金、高額療養費など）がある場合に、その金額を記入します。

【医療日通知に記載された医療費の金額】のうち、その年中に実際に支払った金額を領収書等で確認し、合計額を記入します。

※医療費通知に記載された医療費の額は、実際に支払った金額と異なる場合がありますので、領収書をご確認ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療費通知に記載された**  **医療費の金額** | **左記のうちその年中に**  **実際に支払った金額** | **生命保険や社会保険などで**  **補てんされた金額** |
| **６００，０００　　 円** | **Ａ**  **５０３，６６０　　　円** | **Ｂ**  **１００，０００　　　円** |

**2.医療費（上記以外）の明細**

その年中に自己または、生計を一にする配偶者及びその他の親族のために支払った医療費について、領収書から必要事項を記入します。※「医療費通知に関する事項」に記入したものについては、記入しないでください。

【例】戸田太郎さんが●●中央病院に通院した場合

　　　５月２０日　診療：３，０００円　　通院費（ＪＲ、○○バス）往復４２０円

　　　　 ８月１６日　診療：２，５００円　　通院費（ＪＲ、○○バス）往復４２０円

支払った医療費について、保険金などを受け取った場合はその金額を記入します。

医療費控除の対象となる金額を記入します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療を受けた方の氏名** | **病院・薬局等の支払先の名称** | **支払った医療費**  **の金額** | **保険金などで**  **補てんされた金額** |
| **戸田　太郎** | **●●病院** | **５，５００** |  |
|  | **ＪＲ、○○バス** | **８４０** |  |
|  | 診療を受けた病院や医薬品を購入した薬局などの名称を記入します。 |  |  |
| 医療を受けた人の氏名を記入します。 |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ｃ**  **６，３４０** | **Ｄ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ａ＋Ｃ＝①**  **５１０，０００** | **Ｂ＋Ｄ＝②**  **１００，０００** | **①－②**  **４１０，０００** |

**※医療費通知（保険組合等から送付される通知）を明細として、利用する場合は、「1.医療費通知に関する事項に**

**記入し、通知に記載のない明細がある場合、「2.医療費（上記以外）の明細」に追記して下さい。また、この場合、**

**医療費通知の原本は必ず送付してください。**