

提出用

佐倉市 市民税・県民税申告書用

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。

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項目が記載されたものをいいます。  
(例：健康保健組合等が発行する「医療費のお知らせ」)

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

氏 名

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てんされる金額
円 ㉗	円 ㉘	円 ㉙

2 医療費(上記1以外)の明細

- 「医療を受けられた方」「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てんされる金額
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		

2 の 合 計	㉚ 円	㉛ 円
---------	-----	-----

医 療 費 の 合 計	A (㉗+㉚) 円	B (㉘+㉛) 円
-------------	-----------	-----------

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。  
(領収書の添付は不要です。)

医療費控除を申告しない場合、明細書の提出は不要です。

市民税・県民税申告書 (おもて)の㉗医療費控除「支払った金額」欄へご記入ください。	市民税・県民税申告書 (おもて)の㉘医療費控除「保険金などで補てんされる金額」欄へご記入ください。
--	--

## 記載例

佐倉市 市民税・県民税申告書用

## 令和 7 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 佐倉 太郎

## 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項目が記載されたものをいいます。

（例：健康保健組合等が発行する「医療費のお知らせ」）

①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、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

医療費通知は  
原本の添付が  
必要です。

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てんされる金額
円 ⑦ 58,760	円 ① 58,760	円 34,030

## 2 医療費（上記1以外）の明細

医療費通知に記載された自己負担の合計額を記載（例：健康保健組合発行の「医療費のお知らせ」）

医療費の補てん額を記載

① 医療を受けた方の氏名	② 病院・薬局等の名称 支払先の名称	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てんされる金額
佐倉 太郎	〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円 154,690	円 36,000
//	〇〇病院交通費（京成線、バス） <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 10,800	
//	△△薬局 <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円 8,530	
//	××眼科 <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円 17,600	
//	××眼科交通費（バス） <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 1,700	
佐倉 花子	〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円 34,500	
//	〇〇病院交通費（京成線、バス） <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 2,200	
佐倉 良子	□□医院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	円 15,450	
//	□□医院交通費（JR） <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 1,540	
	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		
	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医療品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費		

医療費通知に記載されていない分について人ごと、病院ごとに記載します。

該当欄チェック  
交通費や医療用機具代は、「その他の医療費」へ

2 の 合 計

円 ⑦ 247,010 円 ① 36,000

医 療 費 の 合 計

A (⑦+②) 円 305,770 B (①+③) 円 70,030

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

（領収書の添付は不要です。）

医療費控除を申告しない場合、明細書の提出は不要です。

市民税・県民税申告書  
（おもて）の⑦医療費控除「支払った金額」欄へご記入ください。市民税・県民税申告書  
（おもて）の①医療費控除「保険金などで補てんされる金額」欄へご記入ください。