

**提出用****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。

**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

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	円	円

**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"/> 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
		<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	
		<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	
		<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	
<b>2 の 合 計</b>			⑦ 円	① 円
<b>医 療 費 の 合 計</b>			A (⑦+⑧) 円	B (①+②) 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⑦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療養費  
④療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被  
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 58,760	円 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」）**

**を記載**

① 医療を受けた方の氏名		② 病院・薬局 支払先の名		合発行の「医療費のお知らせ」)		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		○○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				
//		○○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 type="checkbox"/> 介護保険サービス <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 type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 1,700					
佐倉 花子		○○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					
//		○○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 type="checkbox"/> 介護保険サービス <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 type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 1,540					
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		<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						
2 の 合 計				Ⓐ (⑦+⑧)	円 247,010	Ⓑ (⑨+⑩)	円 36,000				
医療費の合計				A (Ⓐ+Ⓑ)	円 305,770	B (⑨+⑩)	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②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②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