

令和 5 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：健康保険組合等が発行する「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 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：健康保険組合発行の「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	③ 医療費の種類 （例：診療・治療、医療品購入、介護保険サービス、その他の医療費）	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"/> 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 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"/> 介護保険サービス <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 type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医療品購入 <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"/> 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 17,600	
〃	××眼科交通費 (バス)	<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 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"/> 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 34,500	
〃	〇〇病院交通費 (京成線、バス)	<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 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"/> 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 15,450	
〃	□□医院交通費 (JR)	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円 1,540	
		<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			円 ⑧ 247,010	円 ⑨ 36,000
医 療 費 の 合 計			円 A (⑦+⑧) 305,770	円 B (⑧+⑨) 70,030

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。

該当欄をチェック
交通費や医療用機具代は、「その他の医療費」へ

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⑨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。