

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

「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。

医 療 費 の 合 計	A	(㉞+㊱) 円	B	(㉿+㊲) 円
-------------	---	---------	---	---------

支払った医療費	(合計)	円	A	→ (申告書の「医療費控除」欄に転記します。)
保険金などで 補填される金額			B	
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円)		C	{ 申告書の「合計⑦」欄の金額を転記します。 (注) 次の場合には、それぞれの金額を加除します。 ・退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額を加算(ただし、 現年分離課税の退職所得金額は除く) ・ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額を加算 (特別控除前の金額) ・前年以前に雑・純損失の繰越がある場合・・・繰越した損失を除く
所得金額の合計額			D	
D × 0.05	(マイナスのときは0円)		E	
Eと10万円のいずれか 少ない方の金額			F	
医療費控除額 (C - F)	(最高200万円、マイナスのときは0円)		G	

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。