

## 令和 年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※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 医療費通知に記載された事項

医療費通知（※）を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。

※医療保険者等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療養を受けた者の氏名、  
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<br>(自己負担額) (注) | (2) (1)のうちその年中<br>に実際に支払った<br>医療費の額 | (3) (2)のうち生命保険や<br>社会保険(高額療養費など)<br>などで補填される金額 |
| 円                                   | (ア) 円                               | (イ) 円                                          |

(注) 医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますので  
ご注意ください。

「領収書1枚」ごとではなく、  
「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

## 2 医療費（上記1以外）の明細

| (1)医療を受けた方の<br>氏名 | (2)病院・薬局などの<br>支払先の名称 | (3)医療費の区分                           | (4)支払った医療費<br>の額 | (5)(4)のうち生命保険や<br>社会保険(高額療養費など)<br>などで補填される金額 |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 | 円                | 円                                             |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
|                   |                       | □診療・治療 □介護保険サービス<br>□医薬品購入 □その他の医療費 |                  |                                               |
| <b>２ の 小 計</b>    |                       |                                     | (ウ)              | (エ)                                           |
|                   |                       |                                     | 円                | 円                                             |

|          |           |           |
|----------|-----------|-----------|
| 医療費の合計 ※ | A (ア+ウ+オ) | B (イ+エ+カ) |
|          | 円         | 円         |

※記入が次葉にわたる場合は、合算した金額を記入してください。

### 3 申告書への記入

申告書表面の「②⑧医療費控除」の  
「F 支払った医療費」欄に転記してください。

申告書表面の「**⑳医療費控除**」の  
「**G 保険金などで補填される金額**」欄に転記してください。

|            |                                                                                           |                                |                      |                                            |          |              |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------------|----------|--------------|
| ②医療<br>費控除 | F 支払った医療費<br>円                                                                            | G 保険金などで補填される金額<br>円           | H 差引(F-G)<br>円       | I 10万円が総所得金額等×5%の<br>いずれか少ない金額<br>円        | 雑損控除 ②7  | H-I<br>または Z |
|            | <input type="checkbox"/> 医療費控除の特例<br>(セルフメディケーション税制)<br>※こちらを選択した場合、従来の<br>医療費控除は選択できません。 | X 支払った特定一般用医薬品<br>等購入費の金額<br>円 | Y 保険金などで補填される金額<br>円 | Z 差引 [(X-Y)-12,000]円<br>最高88,000円、赤字のときは0円 | 医療費控除 ②8 |              |

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。  
左記②に係る領収書等は市・府民税申告時期等から5年間ご自宅等で保管してください。

見本

## 令和 年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※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 医療費通知に記載された事項

医療費通知（※）を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。

※医療保険者等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療養を受けた者の氏名、  
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<br>(自己負担額) (注) | (2) (1)のうちその年中<br>に実際に支払った<br>医療費の額 | (3) (2)のうち生命保険や<br>社会保険(高額療養費など)<br>などで補填される金額 |
| 円                                   | (ア) 円                               | (イ) 円                                          |
| 176,584                             | 153,300                             | 0                                              |

(注) 医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますので  
ご注意ください。

「領収書1枚」ごとではなく、  
「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

## 2 医療費（上記1以外）の明細

| (1)医療を受けた方の<br>氏名 | (2)病院・薬局などの<br>支払先の名称 | (3)医療費の区分                                                                                                                                            | (4)支払った医療費<br>の額 | (5)(4)のうち生命保険や<br>社会保険(高額療養費など)<br>などで補填される金額 |
|-------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| 茨木 太郎             | 〇〇病院                  | <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 250,000 円        | 200,000 円                                     |
| 〃                 | △△薬局                  | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 5,000            |                                               |
| 〃                 | J R・〇△バス              | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費 | 2,000            |                                               |
| 茨木 花子             | 〇〇病院                  | <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 40,400           |                                               |
| 茨木 太郎             | 特別養護老人ホーム△△           | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費 | 150,000          |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
|                   |                       | <input type="checkbox"/> 診療・治療<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> その他の医療費            |                  |                                               |
| 2 の 小 計           |                       |                                                                                                                                                      | (ウ) 447,400 円    | (エ) 200,000 円                                 |

|          |                     |                     |
|----------|---------------------|---------------------|
| 医療費の合計 ※ | A (ア+ウ+オ) 600,700 円 | B (イ+エ+カ) 200,000 円 |
|----------|---------------------|---------------------|

※記入が次葉にわたる場合は、合算した金額を記入してください。

### 3 申告書への記入

申告書表面の「⑳医療費控除」の  
「F 支払った医療費」欄に転記してください。

申告書表面の「**⑳医療費控除**」の  
「**G 保険金などで補填される金額**」欄に転記してください。

|            |                                                                                           |                                     |                               |                                                |                 |              |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
| ②医療<br>費控除 | F 支払った医療費<br><b>600,700</b> 円                                                             | G 保険金などで補填される金額<br><b>200,000</b> 円 | H 差引(F-G)<br><b>400,700</b> 円 | I 10万円か総所得金額等×5%の<br>いずれか少ない金額<br>円            | 雑損控除 ②7         |              |
|            | <input type="checkbox"/> 医療費控除の特例<br>(セルフメディケーション税制)<br>※こちらを選択した場合、従来の<br>医療費控除は選択できません。 | X 支払った特定一般用医薬品<br>等購入費の金額<br>円      | Y 保険金などで補填される金額<br>円          | Z 差引 (X-Y)-12,000円/<br>最高88,000円、赤字のときは0円<br>円 | 医療費控除 ②8        | H-I<br>または Z |
|            |                                                                                           |                                     |                               |                                                | 合計(②6+②7+②8) ②9 |              |

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。  
左記②に係る領収書等は市・府民税申告時期等から5年間ご自宅等で保管してください。

