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］

この項目を記載する場合は、医療費通知の添付が必要です。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額（自己負担額）(注)	(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
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。

2　医療費（上記１以外）の明細

「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。

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
		□診療・治療　□介護保険サービス □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 □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
2 の 小 計			(ウ) 円	(エ) 円

医療費の合計 ※	A	(ア+ウ+オ) 円	B	(イ+エ+カ) 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「㉗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「㉗医療費控除」の「G　保険金などで補てんされる金額」欄に転記してください。

	F 支払った医療費	G 保険金などで補てんされる金額	H 差引(F－G)	I 10万円か総所得金額等×5%のいずれか少ない金額
㉗医療費控除	円	円	円	円
	□医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）※こちらを選択した場合、従来の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等購入費の金額 円	Y 保険金などで補てんされる金額 円	Z 差引 |(X－Y)－12,000円| 最高88,000円、赤字のときは0円 円

雑損控除	㉖	
医療費控除	㉗	H－I または Z
合計(㉕+㉖+㉗)	㉘	

〈重要なお知らせ〉がありますので、必ず裏面をご確認ください。

キリトリ線

見　本

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］

この項目を記載する場合は、医療費通知の添付が必要です。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額（自己負担額）(注)	(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
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。

2　医療費（上記１以外）の明細

「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。

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
茨木　太郎	○○病院	☑診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費	250,000 円	200,000 円
〃	△△薬局	□診療・治療　□介護保険サービス ☑医薬品購入　□その他の医療費	5,000	
〃	ＪＲ・○△バス	□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　☑その他の医療費	2,000	
茨木　花子	○○病院	☑診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費	40,400	
茨木　太郎	特別養護老人ホーム△△	□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　☑その他の医療費	150,000	
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□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「㉗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「㉗医療費控除」の「G　保険金などで補てんされる金額」欄に転記してください。

	F 支払った医療費	G 保険金などで補てんされる金額	H 差引(F－G)	I 10万円か総所得金額等×5%のいずれか少ない金額
㉗医療費控除	600,700 円	200,000 円	400,700 円	円
	□医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）※こちらを選択した場合、従来の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等購入費の金額 円	Y 保険金などで補てんされる金額 円	Z 差引 |(X－Y)－12,000円| 最高88,000円、赤字のときは0円 円

雑損控除	㉖	
医療費控除	㉗	H－I または Z
合計(㉕+㉖+㉗)	㉘	

〈重要なお知らせ〉がありますので、必ず裏面をご確認ください。

KCS 01135201102 YO

重 要 な お 知 ら せ

平成30年度の市・府民税申告書から、「医療費控除の明細書」の添付が必要となり、医療費の領収書の添付又は提示は必要ありません。ただし、明細書の記入内容の確認のため、領収書の提示又は提出を求める場合があります。領収書はご自宅等で保管してください。

（保存期間5年）

■医療費控除の明細書の記載要領

この明細書は、医療費控除の適用を受ける場合に使用します。**この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例を受けることができませんので、ご留意ください。**

① 医療費通知に記載された事項　この事項を記載する場合、医療費通知の添付が必要です。

医療費通知を添付する場合(1)～(3)を記入します。

※1 医療費通知とは、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、次の事項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

※2 自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費に関する医療費通知に限ります。

※3 医療費通知に保険者番号及び被保険者等記号・番号の記載がある場合、その番号部分を復元できない程度に塗り潰してください。

(1)「医療費通知に記載された医療費の額（自己負担額）」欄
自己が負担した医療費の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。
※　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。

(2)「(1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額」欄
(1)の医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費の合計額を記入します。
※　医療費通知に記載された医療費の額は、実際に支払った金額と異なる場合がありますので、領収書をご確認ください。

(3)「(2)のうち生命保険や社会保険（高額療養費など）などで補てんされる金額」欄
生命保険契約、損害保険契約又は健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金（入院費給付金、出産育児一時金、高額療養費など）がある場合に、その金額を記入します。
※　保険金などで補てんされる金額は、その給付の目的となった医療費の金額を限度として差し引きますので、引ききれない金額が生じた場合であっても、他の医療費からは差し引きません。
保険金などで補てんされる金額が市・府税申告書を提出する時までに確定していない場合には、その保険金などの見込額を記載します。
後日、保険金などを受け取った際に、その額が見込額と異なるときは、申告内容を訂正してください。

記入例

(1) 医療費通知に記載された医療費の額（自己負担額）(注)	(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
176,584 円	(ア) 153,000 円	(イ) 円

医療費通知に記載された自己負担額の合計額を記入します。

(1)で記入した医療費のうち、その年中に実際に支払った金額を領収書等で確認し、合計額を記入します。

(2)の医療費について、保険金などを受け取った場合は、その金額を記入します。

②医療費（上記①以外）の明細

その年中に自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費について、領収書から必要事項を記入します。
なお、「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。
（「①医療費通知に記載された事項」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」欄
医療を受けた方の氏名を記入します。

(2)「病院・薬局などの支払先の名称」欄
診療を受けた病院や医薬品を購入した薬局などの支払先の名称を記入します。

(3)「医療費の区分」欄
医療費の内容として該当するものを全てチェックします。

(4)「支払った医療費の額」欄
医療費控除の対象となる金額を記入します。

(5)「(4)のうち生命保険や社会保険（高額療養費など）などで補てんされる金額」欄
上記①(3)と同様です。

例：茨木　太郎さんが○△病院に通院した場合
2月18日　診療：6,500円　通院費（JR、○○バス）　往復780円
2月28日　診療：5,500円　通院費（JR、○○バス）　往復780円
○△病院計：12,000円　　通院費計：1,560円

※「□その他の医療費」欄は、例えば、通院費、医療用器具の購入（いずれも通常必要なものに限ります。）などがある場合にチェックします。
※　通院費の支払先が乗り継ぎ等により複数ある場合には、記入例のようにまとめて記入しても差し支えありません。

記入例

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
茨木　太郎	○△病院	☑診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費	12,000 円	円
〃	ＪＲ、○○バス	□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　☑その他の医療費	1,560 円	円

■添付又は提示が必要な書類

●この「医療費控除の明細書」（添付）
●医療費通知（原本）「①医療費通知に記載された事項」に記入したものに限ります。（添付）
●次の費用について医療費控除を受ける場合は、それぞれ該当する書類を収得する必要があります。

◎寝たきりの人のおむつ代 ※　おむつ代について医療費控除を受けることが2年目以降で介護保険法の要介護認定を受けている一定の人は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書等を「おむつ使用証明書」に代えることができます。	医師が発行した「おむつ使用証明書」
◎温泉利用型健康増進施設の利用料金	温泉療養証明書
◎指定運動療法施設の利用料金	運動療法実施証明書
◎ストマ用装具の購入費用	ストマ用装具使用証明書
◎Ｂ型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用	医師の診断書（その患者がＢ型肝炎にかかっており、医師による継続的治療を要する旨の記載があるもの）
◎白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用	処方箋（医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの）
◎市町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用	在宅介護費用証明書

※郵送で提出する場合は、「医療費控除の明細書【内訳書】」（原本）と、「医療費通知」及び上記証明書等の写し（該当の方のみ）を申告書等に同封してください。
※医療費控除の明細書【内訳書】に書ききれない場合は、別の用紙に記入していただくか、コピーして使用していただいても差し支えありません。
※マイナンバーカードを利用してマイナポータルから作成した医療費控除の明細書でも受付可能です。
※医療費控除の特例（セルフメディケーション税制）を申告される場合は、セルフメディケーション税制の明細書を用意しておりますので、市民税課までお問い合わせください。

キリトリ線

年分　医療費控除の明細書【内訳書】（次　葉）

「医療費（上記１以外）の明細」欄に記入しきれない場合に、この次葉に記入します。

2　医療費（上記１以外）の明細（つづき）

(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(高額療養費など)などで補てんされる金額
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
２　の　小　計			(オ)　円	(カ)　円

次葉の2の小計は表面の医療費の合計に合算してください。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

KCS 01135201102 YO