

# 平成 年分 医療費の明細書

申告者住所 中間市

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

申告者氏名

医療を受けた人	続柄	病院等の名称	医療費		保険金等で補填される金額③	差引支払額 ①+②-③
			支払金額①	交通費②		
合 計						A
所得の5%か10万円のいずれか少ない方の額						B
医療費控除額 A - B						

※控除の対象となる医療費は、該当年の1月～12月に支払った医療費です。

確認者	
-----	--

\*\*\*\*\*記入の前に確認してください\*\*\*\*\*

【医療費に該当しないもの(例)】

- 健康増進や疾病予防のための医薬品の購入費やインフルエンザ等の予防接種代
- 入院時の室料差額、テレビ代などの雑費、診断書料
- 人間ドック等の健康診断の費用(ただし、健康診断の結果疾病が発見され、引き続き治療を受けた場合は除く)
- 紙おむつの費用(ただし、「おむつ使用証明書」が発行された場合に限り医療費に含まれる。)  
おむつ使用証明書：1年目は医師から発行、2年目以降は介護保険課から発行します。

【記入の際の注意事項】

- 医療を受けた人ごと・医療機関ごとに1年間分の合計を記載してください。
- 各年1月1日～12月31日の間に、実際に支払った金額に限ります。
- 健康保険組合などから交付される「医療費のお知らせ」は「領収書」の代わりになりません。

\*\*\*\*\*

記 載 例

申告者住所 中間市中間1-1-1

申告者氏名 中間 太郎

1年分まとめて記入

医療を受けた人	続柄	病院等の名称	医療費		保険金等で補填 される金額③	差引支払額 ①+②-③
			支払金額①	交通費②		
中間 太郎	本人	〇〇病院	50,000	2,000	0	52,000
〃	〃	△△薬局	5,000	0	0	5,000
中間 花子	妻	〇〇病院	120,000	0	150,000	0
〃	〃	□□薬局	10,000	0	0	10,000
中間 一朗	子	〇〇病院	250,000	1,000	100,000	151,000
		国民健康保険高額療養費			7,000	-7,000
		後期高齢者医療高額医療費			12,000	-12,000
		高額介護サービス費			30,000	-30,000
合 計						A 169,000
所得の5%か10万円のいずれか少ない方の額						B 100,000
医療費控除額 A - B						69,000

人ごと・病院ごとに  
記入してください。

公共交通機関を利用  
した場合

生命保険会社からの  
入院給付金など

入院などにより、生命保険会社から保険金を受け取った場合や高額療養費等の支給があった場合は、必ず記入してください。

医療費の領収書は5年間保管してください