

- 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。セルフメディケーション税制を受ける場合は、裏面の「セルフメディケーション税制の明細書」に記入してください。
 - 1枚に書ききれない場合は、用紙をコピーして記入してください。 氏名 : _____

氏名：

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、所定の事項が記載されたもの（健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」）

⑦に記入する金額は公費負担分を除いた金額です。医療費通知に公費負担金額の記載が無い場合は、領収書等を確認し、実際に支払った金額で記入してください。

(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	円 ⑧	円 ⑨

2 医療費（上記1以外）の明細

「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も、記入しないでください。

「医療費の区分」の介護保険サービス

介護保険サービスの内、医療費控除の対象となるのは、領収書等に記載されている医療費控除対象額のみです。

- この控除を受ける方は、通常の医療費控除は受けられません。通常の医療費控除を受ける場合は、裏面の「医療費控除の明細書」に記入してください。
 - 1枚に書ききれない場合は、用紙をコピーして記入してください。

氏名：

1 申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組

(1) 取組内容 (保険者、勤務先、区市町村、 医療機関名など)	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> ()
(2) 発行者名	

※取組に要した費用(人間ドックなど)は、控除対象となりません。

2 特定一般用医薬品等購入費の明細

「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。