統　一　番　号	該当年度

令和　　年度　医療費控除の明細書【内訳書】

※ この控除を受ける方については、セルフメディケーション税制は受けられません。

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（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）などで補塡される金額
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。
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。

(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）などで補塡される金額
		□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		
		□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 合 計			㋒	㋓

医 療 費 の 合 計	A	(㋐+㋒)　円	B	(㋑+㋓)　円

A － B　円

06.01

キリトリ

医療費控除の明細書の記入要領

この明細書は、地方税法第34条第1項第2号及び第314条の2第1項第2号（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については、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。

❶ 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、(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。
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）などで補塡される金額」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。
※　保険金などで補塡される金額は、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。
保険金などで補塡される金額が市民税・府民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入します。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）などで補塡される金額
176,584 円	㋐ 153,300 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。

❷ 医療費（上記❶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。
（「❶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）などで補塡される金額」欄**
上記❶(3)と同様です。

例）東大阪太郎さんが○△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
5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）などで補塡される金額
東大阪　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	

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）**「❶ 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取得する必要があります。

これらの書類に記載された①証明年月日、②証明書の名称及び③証明者の名称（医療機関名等）を明細書の適宜の欄又は欄外余白などに記入することで、添付又は提示を省略しても差し支えありません。この場合、添付等を省略した証明書などは、５年間ご自宅等で保管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のあるもの）
◎ 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

統　一　番　号	該当年度

令和　　年度　セルフメディケーション税制の明細書

※この控除を受ける方については、通常の医療費控除は受けられません。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　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	□健康診査　□予防接種　□定期健康診断 □特定健康診査　□がん検診　□(　　)
(2) 発 行 者 名 (保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)	

※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。
※申請者本人が、一定の取組を行っている必要があります。

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。

(1) 薬局などの支払先の名称	(2) 医薬品の名称	(3) 支払った金額	(4) (3)のうち生命保険や社会保険などで補塡される金額
		円	円
合　　計		A　円	B　円

A － B　円

キリトリ

重要なお知らせ

令和４年度の市民税・府民税申告から「健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取組を行ったことを明らかにする書類」の添付又は提示は必要なくなり、左の「セルフメディケーション税制の明細書」の添付のみが必要となりました。

ただし、領収書及び一定の取組を行ったことを明らかにする書類は自宅で**5**年間保管する必要があります。
（明細書の記入内容の確認のため、提示又は提出を求める場合があります。）

セルフメディケーション税制の明細書の記入要領

この明細書は、地方税法附則第4条の4（セルフメディケーション税制による医療費控除の特例）の適用を受ける場合に使用します。**この控除を受ける方については、通常の医療費控除を受けることができませんので、ご留意ください。**
健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取組を行う方が、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る特定一般用医薬品等購入費（※）を支払った場合は、通常の医療費控除との選択により、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例の適用を受けることができます。

※　特定一般用医薬品等購入費とは、医師によって処方される医薬品（医療用医薬品）から薬局などで購入できるOTC医薬品に転用された医薬品（スイッチOTC医薬品）の購入費及び令和4年以降に購入された医薬品でスイッチOTC医薬品と同種の効能又は効果を有する一定の医薬品の購入費をいいます。

❶ 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」欄**
取組を行ったことを明らかにする書類（※）を確認し、該当する取組内容をいずれか一つチェックします。
※　下記の「5年間保管が必要な書類」をご確認ください。

(2)**「発行者名」欄**
取組を行ったことを明らかにする書類の発行者の名称を記入します。

❷ 特定一般用医薬品等購入費の明細

(1)**「薬局などの支払先の名称」欄**
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。
領収書が複数ある場合は、購入先ごとにまとめて記入することができます。

(2)**「医薬品の名称」欄**
購入した医薬品の名称を記入します。
複数の医薬品を購入した場合は、名称を並べて記入します。

(3)**「支払った金額」欄**
医薬品の購入金額を記入します。
複数の医薬品を購入した場合は、購入金額の合計を記入します。

(4)**「(3)のうち生命保険や社会保険などで補塡される金額」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がある場合に、その金額を記入します。

領収書の表示例

市 税 薬 局
東大阪店　TEL：06－****－****
東大阪市荒本北＊＊＊＊＊
■　領収書　■
××××年11月4日（土）12：00

★シゼイEX	¥1,273
ズッウヤク60	¥760
ハンドソープ	¥298
★シゼイ胃腸薬MN	¥891
小計　4点	¥3,222
合　計	¥3,222
お預り	¥4,000
お 釣 り	¥778

★印はセルフメディケーション税制対象商品です

領収書に控除の対象であることが記載されています。

同一の薬局で複数の医薬品を購入した場合は、医薬品名を並べて記入するとともに購入金額の合計を記入します。

記入例

(1) 薬局などの支払先の名称	(2) 医薬品の名称	(3) 支払った金額	(4) (3)のうち生命保険や社会保険などで補塡される金額
市税薬局	シゼイEX、シゼイ胃腸薬MN	2,164 円	円
□□ドラッグストア	○○○○、○○○、○○○○○、○○○	13,753	
〃	○○○、○○○、○○○○、○○○○		

医薬品の名称が枠内に記入しきれない場合は、このように記入します。

5年間保管が必要な書類

● **適用を受ける年分において一定の取組を行ったことを明らかにする書類**

①氏名　②取組を行った年　③事業を行った保険者、事業者若しくは市区町村の名称又は取組に係る診察を行った医療機関の名称若しくは医師の氏名の記載があるものに限ります。例えば次の書類です。

◎ **インフルエンザの予防接種又は定期予防接種（高齢者の肺炎球菌感染症等）の領収書又は予防接種済証**
◎ **市区町村のがん検診の領収書又は結果通知表**
◎ **職場で受けた定期健康診断の結果通知表**（「定期健康診断」という名称又は「勤務先（会社等）名称」が記載されている必要があります。）
◎ **特定健康診査の領収書又は結果通知表**
（「特定健康診査」という名称又は「保険者名（ご加入の健保組合等の名称）」が記載されている必要があります。）
◎ **人間ドックやがん検診をはじめとする各種健診（検診）の領収書又は結果通知表**
（「勤務先（会社等）名称」又は「保険者名（ご加入の健保組合等の名称）」が記載されている必要があります。）

※　上記の書類に必要な事項が記載されていない場合は、勤務先や保険者などに一定の取組を行ったことの証明を依頼し、証明書の交付を受ける必要があります。詳しくは厚生労働省のホームページをご確認ください。

● **特定一般用医薬品等の領収書**