

# 医療費控除の明細書の書き方

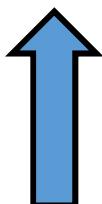
医療費控除の明細書は、医療費控除の申告をされる際に必ずご提出頂くものです。医療費通知や医療機関での領収書などをもとに、申告する年分に支払った医療費(交通費含む)・その医療費に対して補填された額等を記載し医療費控除の明細書を作成してください。

令和 年分 医療費控除の明細書											
※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。											
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1~4を記入します。 ※医療保険者が行なうる医療費の額等を通知する書類で、次の6項目が記載されています。 (例:健康保険組合等が行なうる「医療費のお知らせ」) ①医療を受けた人(※)の氏名、②医療を受けた年月、③医療費を受けた額等、 ④支払った医療費の額、⑤医療保険の名称、⑥支払った医療費の合計額											
<table border="1"> <tr> <td>(1) 医療費通知に記載された医療費の額</td> <td>(2) (1)のうちの年中に実際支払った医療費の額</td> <td>(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</td> </tr> <tr> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </table>						(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちの年中に実際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	円	円
(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちの年中に実際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	円	円									
2 医療費(上記1以外)の明細											
「領収書1枚」ごではなく、「医療を受けた人」・「支払先」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などで補てんされる金額							
日野A男	○×病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円	円						
同上	○×病院交通費	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円	円	円						
同上	* * 薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円	円						
日野B子	△△クリニック	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円	円						
同上	△△クリニック交通費	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	円	円	円						

健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」などの医療費通知がある場合は、こちらに記入します。(通知が複数人分ある場合は、合計した額)  
通知は明細書に添付します。

医療を受けた人の氏名、支払先の名称、医療費の区分、支払った医療費の合計額を個人別、病院・薬局別に各項目へ記入します。

(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などで補てんされる金額
日野A男	○×病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	34,000 円	円
同上	○×病院交通費	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	2,880	円
同上	* * 薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	23,000	円
日野B子	△△クリニック	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	54,000	円
同上	△△クリニック交通費	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	3,120	円



医療費の領収書を

- ・医療を受けた人
- ・病院・薬局などの医療機関

ごとにまとめ、それぞれに支払った医療費の合計額を出します。

※医療費の領収書の添付は不要ですが、自宅で5年間保存する必要があります。

例

日野A男さんの医療費

(生計を一にしている妻:日野B子さんの医療費を含む)

○×病院 4月5日	* * 薬局 7月5日	△△クリニック 領収書 10/29	△△クリニック 計 54,000円
○×病院 7月5日	* * 薬局 9月7日	△△クリニック 領収書 11/28	
○×病院 9月7日	領収書 日野A男様 ●●円	日野B子様●●円	
領収書 日野A男様 ●●円			
○×病院 計 34,000円	* * 薬局 計 23,000円		
○×病院への交通費 バス往復360円×8回=2,880円		△△クリニックへの交通費 電車往復260円×12回 3120円	
			日野B子 分

医療費の合計	A (A+B)	円 B (C+D)	円
支払った医療費等	(合計)		円
保険金などで補填される金額		A	
医療費実質負担額 (A) - (B)	(マイナスのときは0円)	B	
所得金額の合計額		C	
$\boxed{D} \times 0.05$	(マイナスのときは0円)	D	
E と10万円のいずれか少ない方の金額		E	
医療費控除額 (C) - (F)	(最高200万円、マイナスのときは0円)	F	
		G	

3 控除額の計算

申告書の「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」の「② 医療費控除」欄に記載します。

申告書の「1 収入金額等」、「2 所得金額」の収入金額・所得金額をもとに所得金額の合計額を記載します。  
 (注) 次の複数には、それぞれの金額を加算します。  
 ・退職所得及び林木所得がある場合・・・その所得金額  
 ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額  
 特別控除前の金額)

令和8年(2026年)  
 日野市長課 現在地  
 1月1日現在  
 令和8年  
 フリガナ  
 郡山市長

A、B、Cの額を市民税・都民税申告書の「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」の「② 医療費控除」欄に転記します。

令和8年(2026年)度分 市民税・都民税 申告書									
日野市長					登録番号				
現住所					戸籍又は施業				
〒 <input type="text"/> 年月日 住所					電話番号				
フリガナ					個人番号				
提出年月日									
年 月 日 氏名									
年 月 日 年 月 日					販賣名				
平成 令和					販賣名				
□ 3 所内から差し引かれる額に関する事項 前年より非課税所得のみ又は収入がなかった方へ、裏面16に記入してください。									

## Aの額を転記

## Bの額を転記

## Cの額を転記

⑧ 医療費控除	支払った医療費等 円	保険金などで補填される金額 円	415 医療費実質負担額 円
------------	---------------	--------------------	-------------------

これで医療費控除の明細書は完成です。

市民税・都民税申告書に添付しご提出ください。

令和8年1月 日野市市民部市民税課 作成