

※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。

氏 名

(1) 取 組 内 容	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 特定健康診査	<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> がん検診	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> ()
(1) 発 行 者 名 (保険者、勤務先、市区町村、 医療機関名など)			

※取組に要した費用は控除対象となりません

(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 円	(4) (3)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額 円
合	計	A	B

支払った医療費等	(合計)	円	A	申告書の「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」の 「㊸ 医療費控除」欄に転記します。
保険金などで 補填される金額			B	
医療費実質負担額 (A - B)	(マイナスのときは0円)		C	
医療費控除額 (C - 12,000円)	(最高8万8千円、マイナスのときは0円)		D	