

**※医療費控除を受けられる方は、明細書への記入・提出が必須となります。**

**【丸森町作成様式】**

記入欄が足りない場合はコピーして使用してください。※町役場 町民税務課備付けの様式や、国税庁HPの様式の使用も可能です。

住所	氏名
----	----

**令和3年分 医療費控除の明細書**

この明細書は医療費控除の適用を受ける場合に使用します。この控除を受けられる方は、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、ご注意ください。

**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(1)~(3)に記入します。

※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をいいます。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちその年中に支払った医療費の額	(3) (2)のうち生命保険等で補てんされる金額
円 ㉗	円 ㉘	円 ㉙

**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・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入します。※上記1に記入したのものについては、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)のうち生命保険等で補てんされる金額
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
		<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		
合 計			㉚	㉛

医療費の合計	A (㉗ + ㉘) 円	B (㉙ + ㉛) 円
--------	-------------	-------------

**3 控除額の計算**

支払った医療費 (合計)	円 A
保険金などで補てんされる金額	B
差引金額 (A) - (B)	C
所得金額の合計額	D
(D) × 0.05 (赤字のときは0円)	E
(E) と10万円のいずれか少ない方の金額	F
医療費控除額 (C) - (F)	G

申告書第一表の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。  
 ⑧次の場合には、それぞれの金額を加算します。  
 ・退職所得及び山林所得がある場合・・・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)  
 なお、損失申告の場合には、申告書第四表(損失申告用)の「4 繰越損失を差し引く計算」欄の(90)の金額を転記します。

申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。

**令和3年分 セルフメディケーション税制の明細書**

この明細書はセルフメディケーション税制による特例の適用を受ける場合に使用します。この控除を受けられる方は、通常の医療費控除を受けることができませんので、ご注意ください。

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。

**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	<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 (保険者、医療機関名など)	

※取組に要した費用は控除対象ではありません

**2 特定一般用医薬品等購入費の明細**

「領収書1枚」ごとではなく、「薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入してください。

(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)のうち生命保険等で補てんされる金額
合 計			