医療費の明細書

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　申告する控除にチェックしてください。（どちらか一方を選択してください。併用はできません。）

☐ 医療費控除

☐ スイッチOTC薬控除（セルフメディケーション税制）

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　☐（　　）
発行者名 〔保険者、勤務先、市区町村 医療機関名など〕	

2　医療費通知に関する事項（医療費通知を添付する場合記入してください。）　※医療費控除の場合のみ

①医療費通知に記載された医療費の額	②①のうちその年中に実際に支払った医療費の額	③②のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
	A	B

3　明細（「2　医療費通知に関する事項」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又は医薬品の名称	②病院・薬局などの支払先の名称	③支払った金額	④③のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
合計		C	D

	支払った医療費等	保険金などで補填される金額
支払った医療費等の合計	（A＋C）	（B＋D）