

# 医療費控除を受けられる方へ

- 令和3年度分の市民税・県民税申告から、医療費控除の適用を受ける場合には、**医療費控除の明細書（裏面）**の添付が必須となりました。
- 医療費の領収書は、自宅で**5年間**保管してください。（市から提示を求める場合があります。）
- 健康保険組合等が発行する**医療費通知（原本）**を添付すると、明細の記入を一部省略できます。（医療費通知とは、「医療費のお知らせ」などです。）

（注1）医療費控除の明細書の添付が必須となり、領収書のみ添付、提示による適用はできません。  
 ※領収書が郵送された場合は返送対応とさせていただきます。なお、郵送された領収書を基に市が明細書を作成することはありませんのでご注意ください。

（注2）セルフメディケーション税制との併用はできません。

## 【セルフメディケーション税制について】

- 《必要書類》1. 「セルフメディケーション税制の明細書」  
 （医療費控除の明細書と書式が異なります。また、令和3年度より明細書の添付が必須となりました。）  
 2. 「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」  
 （例 インフルエンザの予防接種、人間ドック、がん検診の領収書など。なお、取組に要した費用は控除対象外です。）
- 《控除額》（特定一般医薬品等購入費－保険等による補てん金）－12,000円＝控除額（限度88,000円）

## 医療費控除の明細書 記入例

### 1 医療費通知に関する事項

(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などで補填される金額
113,524 円 <sup>㊦</sup>	92,220 円 <sup>㊧</sup>	15,000 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)のうち、令和4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。

- 「1 医療費通知に関する事項」を記入した場合は、医療費通知（原本）を添付してください。
- 医療費通知とは、次の6項目全てが記載されたものをいいます。  
 ①被保険者等の氏名 ④療養を受けた病院等の名称  
 ②療養を受けた年月 ⑤被保険者等が支払った医療費の額  
 ③療養を受けた者 ⑥保険者等の名称
- ※項目が欠けている場合は医療費通知はご利用できませんので、「2 医療費（上記1以外）の明細」をご記入ください。
- 医療費通知に記載されていない期間（11・12月分等）の支払いがある場合は、「2 医療費（上記1以外）の明細」へご記入ください。

### 2 医療費(上記1以外)の明細

(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填される金額	
例① 千葉市 風太	A病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	32,450 円	5,000 円
	B病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	8,320	
例② 千葉市 花子	モノレール、☆☆バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	6,260	
	A病院	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費	25,600	
〃	モノレール、〇〇バス	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	4,560	
2 の 合 計			㊦ 77,190	㊧ 5,000	

### 3 医療費の計算

支払った医療費 (㊦ + ㊧)	(合計) 169,410 円
保険金などで補填される金額 (㊨ + ㊩)	20,000

医療を受けた方、支払先（病院・薬局など）ごとにまとめて記入します。  
 (例①) 千葉市風太さん  
 A病院に1年で複数回通院した場合、支払った合計額をまとめて記入します。  
 (例②) 千葉市花子さん  
 A病院に通院した場合、千葉市風太さんとは欄を分けて記入します。  
 ※医療費の区分欄の「 その他の医療費」は、例えば通院費、医療器具の購入など（医療費控除の対象となるもの）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が、駐車場代は対象となりません。

# [ ] 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。

1月1日から12月31日までに本人または生計を一にする親族が実際に支払った医療費に限って対象となります。

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)~(3)を記入します。

※医療費通知とは、医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、下記の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
- 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 医療費通知に関する事項

(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などで補填される金額
円 ㉗	円 ㉘	円 ㉙

## 2 医療費(上記1以外)の明細

「医療を受けた方の氏名」、「病院・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。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などで補填される金額
		<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	円	円
		<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		
		<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		
		<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		
2 の 合 計			㉚	㉛

## 3 医療費の計算

支払った医療費 (㉗ + ㉘)	(合計) 円
保険金などで補填される金額 (㉙ + ㉛)	

医療費控除額 ※最高は200万円、赤字のときは0円です。  
 {(支払った医療費 - 保険金などで補填される金額) - (総所得金額等 × 5%又は10万円のいずれか少ない方の金額)}

※この用紙(医療費控除の明細書)が不足する場合はコピーしてご利用ください。