

・従来の医療費控除 ・セルフメディケーション税制 の明細書の記載要領

※「従来の医療費控除」と「セルフメディケーション税制」は、どちらか一方を選択して適用を受けることができます。

重要なお知らせ

平成30年度の住民税の申告から、「従来の医療費控除」または「セルフメディケーション税制」の適用を受けるためには、**明細書の作成・添付が必要**となり、領収書の添付又は提示は必要ありません。**令和3年度以降の住民税の申告では領収書の添付または提示のみでは控除の適用を受けることは出来ませんので、ご注意ください。**

ただし、明細書の記入内容の確認のため、領収書（医療費通知に係るものを除く）の提示または提出を求める場合がありますので、5年間はお自宅で保管してください。

従来の医療費控除を選択した場合

○医療費の明細（医療費通知に関する事項を除く。裏面1にご記入ください）

その年中に自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費（医療費通知に関する事項を除く）について、領収書から必要事項（「医療を受けた方の氏名」、病院・薬局などの「支払先の名称」、「支払った金額」、「支払った金額のうち保険金等で補てんされる金額」）を転記します。

「医療費の区分」欄については、医療費の内容として該当するもの全てにチェックをいれます。

○医療費通知に関する事項（医療費通知（原本）を添付する場合は、裏面2にご記入ください）

※医療費通知とは、次の事項が記載された、医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類です。

- 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

※自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費に関する医療費通知に限ります。

(1)「医療費通知に記載された医療費の額」欄

自己が負担した医療費の合計額を記載します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

(2)「(1)のうち、その年中に実際に支払った医療費の額」欄

(1)の医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費の合計額を記入します。

(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」欄

(2)の実際に支払った額のうち、保険金や給付金で補てんされる額がある場合は、その金額を記入します。

◇次の費用について医療費控除を受ける場合は、それぞれ該当する書類の添付又は提示が必要です。

- ・区市町村または認定民間事業者による在宅療養の介護費用 ……「在宅介護費用証明書」
- ・寝たきりの人のおむつ代 …… 医師が発行した「おむつ使用証明書（※）」

（※おむつ代について医療費控除を受けることが2年目以降で、介護保険法の要介護認定を受けている一定の人は、区市町村長が交付するおむつ使用の確認書等を「おむつ使用証明書」に代えることができます）

セルフメディケーション税制を選択した場合

○特定一般用医薬品等購入費（スイッチOTC医薬品（※）の購入費）の明細（裏面1にご記入ください）

（※対象となる医薬品は、厚生労働省のホームページでご確認ください。また、購入時の領収書に控除の対象であることが記載されています。）

(1) 薬局などの「支払先の名称」欄（領収書が複数ある場合は、購入先ごとにまとめて記入することができます）

(2) 「医薬品の名称」欄（複数の医薬品を購入した場合は、名称を並べて記入します）

(3) 「支払った金額」欄（複数の医薬品を購入した場合は、購入金額の合計を記入します）

(4) 「支払った金額のうち、生命保険や社会保険などで補てんされる金額」欄

（支払った金額のうち、保険金や給付金で補てんされる額がある場合は、その金額を記入します）

○申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組（裏面3にご記入ください）

令和4年度より取組を行ったことを明らかにする書類の添付または提示は不要となりましたが、取組の内容についてご記入いただく必要があります。取組を行ったことを明らかにする書類は、提示または提出を求める場合がありますので、5年間はお自宅で保管してください。

(1)「取組内容」欄

取組を行ったことを明らかにする書類を確認し、該当する取組内容をいずれか一つチェックします。

(2)「発行者名」欄

取組を行ったことを明らかにする書類の発行者の名称を記入します。

※上記の書類に必要な事項が記載されていない場合は、勤務先や保険者などに一定の取組を行ったことの証明を依頼し、証明書の交付を受ける必要があります。詳細は厚生労働省のホームページをご確認ください。

「医療費控除」と「セルフメディケーション税制」に関しては、中野区ホームページもご覧ください。

↓ どちらか一方の選択した枠の中に○をしてください

令和6年度 (5年中支払分)	従来の医療費控除の明細書 (記入箇所は下記の1と2です)
	セルフメディケーション税制の明細書 (記入箇所は下記の1と3です)

1 医療費（下記2を除く）または特定一般用医薬品等購入費の明細

- ・医療費について「医療を受けた方の氏名」、「支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。
- ・特定一般用医薬品等購入費について「支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。

※従来の医療費控除の場合のみ記入		支払先の名称	※セルフメディケーション税制の場合のみ記入		支払った金額	支払った金額のうち 保険金等で補てん される金額
医療を受けた方 の氏名	医療費の区分		医薬品の名称			
	<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				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				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				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				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				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				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				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				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				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				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				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				円	円
1 の 合 計					ア 円	イ 円

※欄が足りない場合はこの用紙をコピーしてご利用ください。

2 医療費通知に関する事項（医療費通知（原本）を添付する場合のみ）

(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 保険などで補てんされる金額
円 ウ	円 エ	円

3 健康の保持増進及び疾病の予防への取組（セルフメディケーション税制のみ）

(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 404="" 42="" 882="" 896"="" data-label="Text" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td>(2) 発行者名
(保険者、勤務先、区市町村、医療機関名など)</td><td></td></tr></table></div><div data-bbox="/> ※取組に要した費用は、控除対象となりません。
----------	--

合 計 (従来の医療費控除の場合、A=A+ウ、B=イ+エ) (セルフメディケーション税制の場合、A=A、B=イ)	A 円	B 円
--	-----	-----

申告書の「医療費控除」欄の「医療費支払額・医薬品等購入額」にAの金額を、「補てんされる金額」にBの金額を転記します。