

※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

氏 名

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 ㊦	円 ㊦	円 ㊦

「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。

医 療 費 の 合 計	A	(㉞+㉟) 円	B	(㊱+㊲) 円
-------------	---	---------	---	---------

支払った医療費	(合計)	円
保険金などで 補填される金額		
差引金額 ([A]－[B])	(赤字のときは0円)	
所得金額の合計額		
$[D] \times 0.05$	(赤字のときは0円)	
[E]と10万円のいずれか 少ない方の金額		
医療費控除額 ([C]－[F])	(最高200万円、赤字のときは0円)	

A
B
C
D
E
F
G

医療費控除がある場合のみ記載してください。