

【記載例】

令和 7 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。

氏名 坂城 太郎

1 医療費通知に記載された事項

(注)医療費通知には前年支払い分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

の氏名、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

「医療を受けた人」別に
「支払先(病院・薬局等)」
ごとにまとめて記入して
ください。

(1) 医療費通知に記載された医療費の額 (自己負担額)(注)	(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(高額療養費など)などで補填される金額
76,584 円	② 53,000 円	③ 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)で記入した医療費のうち、その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。

(2)の医療費について、保険金等を受け取った場合は、その金額を記入します。

2 医療費（上記）

以外) の明細

「領収書1枚」ごとではなく、
「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(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
坂城 太郎	坂城病院	<input checked="" 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	120,000 円	5,000 円
坂城 花子	坂城薬局	<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	10,000	
坂城 一郎	上田歯科	<input checked="" 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	15,000	
坂城 一郎	しなの鉄道、上田バス	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	4,100	
	自家用車で通院した場合のガソリン代や駐車場代は該当しません。	<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		健康保険組合等から補てんされる高額医療費や出産一時金等を記入してください。
		<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		
上記『1医療費通知に記載された事項』に記入したものについては、記入しないでください。				
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2 の 合 計			④ 149,100	⑤ 5,000

3 控除額の計算

支払った医療費 (合計)	202,100 円	A	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。
保険金などで 補填される金額	5,000	B	
差引金額 (A - B)	197,100	C	申告書第一表の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。 (注) 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縦赤損失を差し引く計算」欄の94の金額を転記します。
所得金額の合計額	3,500,000	D	
D × 0.05	175,000	E	
Eと10万円のいずれか 少ない方の金額	100,000	F	
医療費控除額 (C - F)	97,100	G	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。

確定申告期限等から5年間、領収書はご自宅等で保管してください。