

この控除を受ける方は、通常の医療費控除は受けられません

氏名: _____

(1) 取 組 内 容	☐ 健康診査 ☐ 予防接種 ☐ 定期健康診断 ☐ 特定健診査 ☐ がん検診 ☐ （ ）	<u>一定の取組を行ったことを明らかにする書類を裏面に添付して下さい。</u>
(2) 発 行 者 名 (保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)		(一定の取組の例) 領収書は原本、結果通知表は写し可 ・インフルエンザの予防接種(高齢者の肺炎球菌感染者等)の領収書又は...予防接種済証 ・市区町村のがん検診の領収書又は結果通知表(写し可) ・職場で受けた定期健康診断の結果通知表 ・特定健康診査の領収書又は結果通知表 ・人間ドッグやがん検診を始めとする健診(検診)の領収書又は結果通知表

「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。

(1) 薬局などの支払先の名称	(2) 医薬品の名称	(3) 支払った金額	(4) (3)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
		円	円
合	計	A	B

支払った金額	(合計)	円	A	申告書第二表の「所得から差し引かれる金額」に関する事項」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			B	
差引金額 (A-B)	(赤字のときは0円)		C	
医療費控除額 (C-12,000円)	(最高8万8千円、赤字のときは0円)		D	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、「区分」の口に「1」と記入します。