

平成30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
 明細書を記入して頂ければ、領収書を提出しなくても控除を受けられます

※ この明細書は申告書と一緒に提出して下さい。

住所:

氏名:

1 医療費通知に関する事項

医療費控除通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入します。
 ※医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、所定の事項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) 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

「医療費を受けた方の氏名」、「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に記入したのものについては、記入しないでください。

2 医療費(上記1以外)の明細書

(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		
		<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			円	円
医療費の合計			A (㉞+㉟) 円	B (㊸+㊹) 円

3 控除額の計算

支払った医療費	(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	
所得金額の合計額		D	← 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 ・ほかにも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繰越損失を差し引く計算」欄の㉔の金額を転記します。
D×0.05	(赤字のときは0円)	E	
Eと10万円のいずれか少ない方の金額		F	
医療費控除額 (C-F)	(最高200万円、赤字のときは0円)	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。

平成 30 年分 セルフメディケーション税制の明細書

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

※ この明細書は申告書と一緒に提出して下さい。

住所： _____

氏名： _____

1 申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組

(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"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> ()	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。 (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
(2) 発行者名 (保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)		

※取組に要した費用は、控除対象となりません。

2 特定一般用医薬品等購入費の明細

「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

3 控除額の計算

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□に「1」と記入します。

上尾税務署での受付について

【 期間 】

2月18日(月)から3月15日(金) (土・日・祝を除く)
 ただし、2月24日(日)及び3月3日(日)に限り日曜日も受付しています。
 還付申告は1月4日(木)から受付をしています。

【 時間 】

(受付) 午前8時30分から (相談) 午前9時~午後4時まで

【 所得税・贈与税等の確定申告の問合せ・郵送先 】

上尾税務署 (〒362-8504 上尾市西門前577)
 代表電話番号 / ☎ 770-1800 (自動音声案内)
 (音声の流れますので用件の内容に応じた番号を選んでください。)
 ※確定申告会場は混雑するため、長時間お待ちいただく場合や受付を早めに締め切る場合がございます。
 ※申告書の作成には時間を要しますので午後4時までにお越し下さい。