

※ 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 ☐ 特定健康診査 ☐ がん検診 ☐ ()
(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(人間ドックなど)は、控除対象となりません。

「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1面の「3 所得から差し引かれる金額に関する事項」の「㉗医療費控除」の欄に転記します。
保険金などで補填される金額		B	
差引金額 (A-B)	(マイナスのときは0円)	C	申告書1面の「4 所得から差し引かれる金額」の「医療費控除㉗」の欄に転記し、区分の□に「1」と記入します。
医療費控除額 (C-12,000円)	(限度額8万8千円、赤字のときは0円)	D	