

医療費控除を申告する場合はこの明細書を作成のうえ、申告書に添付してください。
領収書は提出せず自宅で5年間保管してください。

令和8年度（令和7年分） 医療費控除の明細書

※この控除を受けるかた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 医療費通知（医療費のお知らせ）を添付する場合【裏面に添付してください】

右記の(1)～(3)を記入してください。

・医療費通知とは、医療保険者等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。

・医療費通知がない場合や未発行の部分については、下記2に記入してください。

(1) 医療費通知に記載された医療費のうち自己負担額の合計額	(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

(注) 医療費通知には前年支払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。

2 医療費（上記1以外）の明細

「医療を受けたかたの氏名」、「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に記入したもののについては、記入しなくても構いません。

まとめ方の例

	(1)	(2)	(3)	(4)
稲沢 太郎 5/8 稲沢市民病院 6,000 円	⇒	稲沢 太郎	稲沢市民病院	診療・治療 14,000 円
稲沢 太郎 11/2 稲沢市民病院 8,000 円				
稲沢 太郎 5/8 名鉄 320 円	⇒	稲沢 太郎	名鉄	その他の医療費 640 円
稲沢 太郎 11/2 名鉄 320 円				
稲沢 花子 6/6 ○○薬局 3,000 円	⇒	稲沢 花子	○○薬局	医薬品購入 7,000 円
稲沢 花子 12/9 ○○薬局 4,000 円				

(1) 医療を受けたかたの氏名	(2) 病院・薬局などの支払先の名称	(3) 医療費の区分 ※介護医療サービスは、領収書に記載されている「医療費控除対象額」のみが対象です。	(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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<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	円	円
		<input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2 の 合 計			㊦	㊩
医 療 費 の 合 計			A (㊦+㊦)	B (㊩+㊩)

3 控除額の計算

支払った医療費等	(合計) 円	A
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 市・県民税申告書の⑫の金額 ※分離課税所得のあるかたは おたずねください		D
④×0.05	(赤字のときは0円)	E

市・県民税申告書の「3 所得から差し引かれる金額」に関する事項の「⑫医療費控除」欄に転記します。

● Gの金額を市・県民税申告書の「4 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。

⑤と10万円のいずれか少ない方の金額	円	F
医療費控除額 (C-E)	(最高200万円、赤字のときは0円)	G

令和8年度（令和7年分） 医療費控除の明細書（次葉）

氏 名

「2 医療費（上記1以外）の明細」に記入しきれない場合に、この次葉に記入します。

2 医療費（上記1以外）の明細（つづき）

[illegible]