

# う

## 医療費控除について

A、Bいずれかの選択適用となります。なお、選択後はその年度について変更はできないものとされています。

・控除を受けようとする人は、裏面の明細書の提出が必要となります。

### 医療費控除、セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）必要書類

- ・ **①** **②** いずれかを選択してください。

#### ① 医療費控除

必要書類

- (1) A 医療費控除の明細書（裏面）
- (2) 医療費通知 〔裏面(1)医療費通知に関する事項に記入した場合のみ〕

#### ② セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）

必要書類

- (1) B セルフメディケーション税制の明細書（裏面）
- (2) 「健康の保持増進及び疾病の予防への一定の取組み」を証明できる書類  
例）特定健康診査（メタボ検診） 予防接種 定期健康診断（事業主検診）  
がん検診 健康診査（人間ドック）などの領収書や結果通知

●セルフメディケーション税制の対象となる領収書は、①商品名、②金額、③当該商品がセルフメディケーション税制対象商品である旨、④販売店名、⑤購入日が明記されていることが必要です。

●一定の取組に要した費用（検診費用や予防接種代）自体は、対象にはなりません。対象医薬品の購入費用のみが対象となります。

### 計算式

#### ④医療費控除 控除額 上限200万円

申告者本人の医療費以外に、生計を一にする配偶者やその他の親族の医療費を支払った場合に医療費控除に追加することができます。

・高額医療費や生命保険等で補填された金額は差し引きます。

$$\text{控除額} = \text{差引負担額} \times 1 - \left[ \begin{array}{l} \text{「総所得金額等} \times 5\% \text{」又は「10万円」} \\ \text{のうち、いずれか少ないほうの金額} \end{array} \right]$$

\*1 差引負担額：医療費明細書 支払った医療費（ア＋ウ）－補てん額（イ＋エ）

#### ⑤セルフメディケーション税制

健康の保持増進や疾病の予防のために「一定の取組」を行う個人が、特定一般用医薬品等（\*2）を購入した場合で、1万2千円を超える部分（最大8万8千円）を医療費控除に追加することができます。

・高額医療費や生命保険等で補填された金額は差し引きます。

$$\text{控除額} = \left[ \begin{array}{l} \text{特定一般用医薬品等購入費} \\ \text{（スイッチ OTC 医薬品等）} \end{array} \right] - \text{補てん金} - 12,000 \text{円}$$

・郵便での申告を行う場合は申告書「医療費控除⑦」欄の「区分」欄に「1」と記入して下さい。

#### ※ 2 特定一般用医薬品（スイッチOTC医薬品）

これまで処方箋によらなければ使用できなかった指定医薬品の中から、使用実績があり、要件を満たした医薬品を、一般医薬品として認可したもので、薬店やドラッグストアで販売されている風邪薬や胃腸薬、頭痛薬などの一部の医薬品が対象になっています。

●対象医薬品は、類似した商品名でも対象のものと対象外のものがありますので注意が必要です。対象医薬品の購入時に、セルフメディケーション税制の対象であることの明示や、レシートへの明記にて確認できるようになっているほか、厚生労働省のホームページにて確認いただけますので活用ください。

※医療費や医薬品の領収書等は自宅で5年間保存する必要があり、必要に応じて提示または提出を求められた場合は、すみやかに応じなければならないとされています。

※A、Bどちらかを○で選択してください。

住所

氏名

年度

A

医

療

費

控

除

B

セルフメディケーション税制

① 医療費控除を選択した方へ

医療費通知(※)を添付する場合は、下記(1)～(3)を記入してください。医療費通知以外で控除を受ける場合は、下表に記入してください。

※医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6項目が記載されたものをいいます。

1.被保険者等の氏名、2.診療を受けた年月、3.療養を受けた者、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 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
	㊦	㊧

② セルフメディケーション税制を選択した方へ

申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組内容を記入し、証明を添付してください。

取組内容	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input 416="" 436"="" 52="" 850="" data-label="Section-Header" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt;&lt;td&gt;発行者名&lt;br/&gt;(保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;/table&gt;&lt;/div&gt;&lt;div data-bbox="/> <p>③ 医療費通知以外の医療費 又は ④ に係る医薬品の明細について記入ください。</p>
------	---

※氏名と支払先は一つずつ記入して下さい。

A を選択 医療を受けた方の氏名 B を選択 薬局などの支払先の名称	A を選択 病院・薬局など支払先名称 B を選択 医薬品の名称	支払った金額	左の支払った金額のうち生命保険や社会保険などで補填される金額	A を選択した方のみ 医療費の区分
		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
		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
		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
		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
		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
		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
		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
		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
		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
合 計		㊦ 円	㊧ 円	

④ 医療費控除の記入例

③ 医療費通知以外の医療費 又は ④ に係る医薬品の明細について記入ください。

※氏名と支払先は一つずつ記入して下さい。

A を選択 医療を受けた方の氏名 B を選択 薬局などの支払先の名称	A を選択 病院・薬局など支払先名称 B を選択 医薬品の名称	支払った金額	左の支払った金額のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
都城 一郎	○△病院	65,000円	円
	△□△病院	73,000円	15,000円
	△□○×薬局	3,000円	円
都城 花子	○△病院	75,000円	円
	◇○総合病院	5,000円	円
合 計		㊦ 221,000円	㊧ 15,000円

⑤ セルフメディケーション税制の記入例

③ 医療費通知以外の医療費 又は ④ に係る医薬品の明細について記入ください。

※氏名と支払先は一つずつ記入して下さい。

A を選択 医療を受けた方の氏名 B を選択 薬局などの支払先の名称	A を選択 病院・薬局など支払先名称 B を選択 医薬品の名称	支払った金額	左の支払った金額のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
ドラッグストア△△	○○○○ゴールド	3,000円	円
	△△かぜ薬	4,500円	円
○○○○薬局	◇◇整腸剤	3,000円	円
	○△頭痛薬	2,000円	円
	□△剤	11,000円	円
合 計		㊦ 23,500円	㊧ 円