

# 確定申告・住民税申告で医療費控除を受けられる方へ

※ 確定申告する際は、「医療費控除の明細書」の添付が必要となり、領収書の添付および提示は不要となります。ただし税務署から領収書の提出を求められる場合がありますので、5年間はご自宅等で保管してください。

※ 医療保険者から送付される「医療費通知書」を添付することで「医療費控除の明細書」の記入の一部を省略することができます。ただし医療費通知書は、下記の事項が明記されているものに限り、

- ①被保険者氏名 ②療養を受けた年月 ③療養を受けた者 ④療養を受けた病院、薬局等の名称  
⑤支払った医療費の額 ⑥医療保険者等の名称

## 【記載要領】

- ・医療費通知を添付する場合、「1. 医療費通知に関する事項」の①～③の欄を記入します。(複数の医療費通知がある場合は、合計額を記入します。)医療費通知に記載された医療費のうち、令和7年中に実際に支払った医療費の額を②に記入します。
- ・医療費通知を添付しない場合は、「2. 医療費の明細」欄に医療を受けた人、病院・薬局ごとにまとめて記入します。

## 【注意事項】

- ・今回の申告は、領収書の日付が令和7年1月1日～令和7年12月31日までのものです。
- ・保険金等で補てんされる金額とは、生命保険契約、損害保険契約または健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金(入院費給付金、出産育児一時金、高額療養費など)のことです。

## 【医療費控除を受けられるもの】

- ・医師・歯科医師による診療費・治療費
  - ※予防接種、検査(人間ドック等)は対象となりません。ただし検査の結果治療が必要な病状が発見され、治療を受けた場合は検査費用も対象となります。また、文書代(診断書等)は対象となりません。
- ・治療・療養に必要な医薬品購入費(市販の風邪薬などを含む)
  - ※健康増進のためのビタミン剤や健康食品などは対象外
- ・病院・診療所・保健施設へ支払った入院費、入所費
  - ※保健施設の種類やサービスの種類により対象とならない場合があります。
- ・通院費用(電車・バス・介護タクシー)、入院中の部屋代、食事代、医療用器具の購入・賃借料
  - ※本人の希望で個室とした場合、差額ベッド代などは対象外
  - ※通院費用にはガソリン代、駐車料金、タクシー代(やむを得ない場合を除く)等は含みません。
- ・義手・義足・松葉杖・義歯・補聴器などの購入費など
  - ※医師が治療のために必要と認めたもの

## 【医療費の明細欄の記入例】 ※医療を受けた方、支払先ごとにまとめて記入します。

(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) 支払った医療費の金額	(5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
納税 太郎	△△ 歯科クリニック	<input checked="" 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	173,100 円	
〃	〇〇 大学病院	<input checked="" 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	103,810	30,000
納税 美子	JR, 西鉄バス	<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 checked="" type="checkbox"/> その他の医療費	5,280	

# 令和7年分 医療費控除の明細書

※この明細書は、申告の際に提出してください。裏面の注意事項をご確認のうえ、作成してください。

※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。

氏名 \_\_\_\_\_

## 1. 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、「2.医療費の明細」の記入を省略することができます。右記の①～③に記入してください。

※医療保険者が発行または、マイナンバーカードを使用し、マイナポータルから医療費通知情報入手する医療費等を通知する書類で所定の事項が記載されたもの。

①医療費通知に記載された医療費の額	②①のうちその年に実際に支払った医療費の額	③②のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
円 ア	円 イ	円

※マイナポータルから出力した医療費通知情報も含む

## 2. 医療費の明細(上記1以外)

(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) 支払った医療費の金額	(5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
		<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		
		<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			ウ	エ

医療費の合計(1と2の合計)	①(ア+ウ)	円	②(イ+エ)	円
----------------	--------	---	--------	---

## 3. 控除額の計算

支払った医療費	-	左のうち保険金などで補てんされる金額	=	差引負担額
①		②		③

差引負担額	-	10万円と所得金額の合計額の5%のいずれか少ないほうの金額	=	医療費控除額
③				(最高200万円)

医療費領収書等返却済	面接者	
------------	-----	--