

医療費控除の明細書

市・県民税申告書と一緒に提出してください

宛名番号
(職員記入)

第四表

1、医療費通知に関する事項

・医療費通知（医療費のお知らせなど）を提出する場合は、下欄のア・イに記入して下さい。

前年中に自己負担した医療費の合計額	ア	円	左記のうち、生命保険や社会保険などで補てんされる金額	イ	円
-------------------	---	---	----------------------------	---	---

2、医療費（上記1以外）の明細

・医療費通知に記載されていない月に医療を受けられた場合や、医療費通知に記載のない領収書がある場合は、領収書をもとに下記の明細を作成して下さい。

注意事項

- * 上記1のア、イに含まれない金額をご記入ください。
- * 「医療を受けた方の氏名」「病院・薬局」ごとにまとめて記入してください。

右の枠が足りない場合は、任意の様式でも可

医療を受けた方の氏名	続柄	病院・薬局	支払った医療費	生命保険や社会保険などで補てんされる金額		
			円	円		
2の合計（医療費通知の金額は含まない）			ウ	円	エ	円
医療費 合計		ア+ウ	円	イ+エ	円	

3、控除額の計算

支払った医療費（ア+ウ）	(合計)	円	A
保険金などで補てんされる金額（イ+エ）			B
差引金額（A-B）	(マイナスのときは0円)		C
所得金額の合計額			D
D×0.05	(マイナスのときは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、マイナスのときは0円		G

* 左記のD～Gは未記入での提出が可能です。申告された収入等から市民税課で計算します。