令和 ____ 年分　セルフメディケーション税制の明細書

※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。

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1 申告する方の健康の保持増進及び疾病の予防への取組

(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）	

※取組に要した費用は、控除対象となりません。

2 特定一般用医薬品等購入費の明細

「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塡される金額
		円	円
合　計		A	B

3 控除額の計算

支払った金額	（合計）　円	A
保険金などで補塡される金額		B
差引金額（A－B）	（マイナスのときは0円）	C
医療費控除額（C－12,000円）	（最高8万8千円、赤字のときは0円）	D

→ 申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記し、「区分」の□に「1」と記入します。

○この明細書は、申告書と一緒に提出してください。○左記1、2に係る領収書等は確定申告期限等から5年間ご自宅等で保管してください。