年分　医療費控除の明細書

（　　年１月１日から 12 月 31 日までの支払い分）

※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。

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※「２　医療費（上記１以外）の明細」欄に記入しきれない場合は、こちらをお使いください。

⑴医療を受けた方の氏名	⑵病院・薬局などの支払先の名称	⑶医療費の区分	⑷支払った医療費の額	⑸⑷のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		
		□診察・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費		