

給与所得について年末調整を受けた方で、医療費控除を受ける場合

この申告書は、国税庁HP確定申告等作成コーナーで作成できます

◎ 申告書は複写式になっています。申告書第一表と第二表を折りたたんだまま記入せず、広げるか、中央のミシン線で切り離してから、黒いインクのボールペンで、強く記入します。

◎ 2枚目は複写式の控えになっていますが、取り外して使用しても差し支えありません。申告書を提出するときは、2枚目は取り外してください。

● マス目に数字を記入する場合は、記入例①にならって、マス目の中に丁寧に記入してください。

● 1億円以上の金額がある場合は、記入例②にならって記入してください。

● 訂正する場合は、記入例③にならって、訂正する文字を二重線で消し、上の欄などの余白に適宜記入してください。

医療費控除を受ける方の記載例



(参考1) 給与所得の源泉徴収票

平成30年分 給与所得の源泉徴収票

|                      |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|----------------|--------------|--|---------|------------|----------------------------------|--|--------------|--|----------------------|---------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 支払<br>を受け<br>る者      | 住所<br>又は<br>居所 | 〇〇市△△町×-××-× |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         | (受給者番号)            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         | (役職名)              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         | 氏名 (フリガナ) コクゼイ タロウ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         | 名 国税 太郎            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 種 別                  |                | ① 支 払 金 額    |  |         | ② 所得控除後の金額 |                                  |  | ③ 控除の額の合計額   |  |                      | 源泉徴収税 ④ |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給与・賞与                |                | 円 千 円 円      |  |         | 円 千 円 円    |                                  |  | 円 千 円 円      |  |                      | 円 千 円 円 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                | 7 140 000    |  |         | 5 226 000  |                                  |  | 3 169 196    |  |                      | 110 300 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (源泉) 控除対象配偶者の有無等     |                | 配 偶 者 (特 別)  |  | 控 除 の 額 |            | 除 対 象 扶 養 親 族 の 数 (配 偶 者 を 除 く。) |  | 16歳未満の扶養親族の数 |  | 害 者 の 数 (本 人 を 除 く。) |         | 非居住者である親族の数        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有 従有                 |                | 老人           |  | 特 定     |            | 老 人                              |  | そ の 他        |  | 特 別                  |         | そ の 他              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○                    |                | 380 000      |  | 1 1     |            | 1 1                              |  | 1            |  | 1                    |         | 1                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社会保険料等の金額            |                | 円 千 円 円      |  | 円 千 円 円 |            | 円 千 円 円                          |  | 円 千 円 円      |  | 円 千 円 円              |         | 円 千 円 円            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |                | 1,073 196    |  | 105 000 |            | 21 000                           |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (摘要)                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生命保険料の金額の内訳          |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 新生命保険料の金額 25,000 円   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 旧生命保険料の金額 35,000 円   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護医療保険料の金額 90,000 円  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 新個人年金保険料の金額 円        |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 旧個人年金保険料の金額 25,000 円 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅借入金等特別控除の額の内訳      |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅借入金等特別控除適用数        |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅借入金等特別控除の額(1回目)    |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住宅借入金等特別控除の額(2回目)    |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (源泉・特別) 控除対象配偶者      |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ) コクゼイ リョウコ     |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 国税 良子             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 控除対象扶養親族             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 (フリガナ) コクゼイ イチロウ   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 国税 一郎             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 (フリガナ) コクゼイ ハナ     |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 国税 ハナ             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 (フリガナ)             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 (フリガナ)             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 未成年者                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外国籍者                 |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 災害被害者                |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乙種                   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人が障害者               |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他                  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一 般                  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特 別                  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 寡 夫                  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤 労 学 生              |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 中途就・退職               |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 就 職                  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退 職                  |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 明 大 昭 平 年 月 日        |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 〇 49 11 16        |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受 給 者 生 年 月 日        |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 払 者                |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所(居所)又は所在地          |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 〇〇区〇〇 ×-×-×          |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名又は名称               |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 〇〇産業株式会社             |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (電話) ×-×-××××-××××   |                |              |  |         |            |                                  |  |              |  |                      |         |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【ご注意】

◎ 支払者から受領した「給与所得の源泉徴収票（原本）」を添付書類台紙に貼って提出しなければなりません。



※ セルフメディケーション税制を受ける場合は、明細書が異なります。

平成 30 年分 医療費控除の明細書

※ 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 国税 太郎

## 1 医療費通知に関する事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)～(3)を記入します。

※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になります。

（例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」）

①被保険者等の氏名、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・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

|                      |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| (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 |
| 56,753               | 52,600                      |                               |

## 2 医療費（上記1以外）の明細

「医療を受けた方の氏名」、「病院・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。上記 1 に記入したものについては、記入しないでください。

| (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) 支払った医療費の額                   | (5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額   |
|----------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 国税 太郎          | 〇〇病院               | <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費            | 250,000 <sup>円</sup>            | 200,000 <sup>円</sup>            |
| 国税 太郎          | □□薬局               | <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費            | 5,000                           |                                 |
| 国税 太郎          | J R ・ ○△バス         | <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費                       | 2,000                           |                                 |
| 国税 良子          | 〇〇病院               | <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input checked="" type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費 | 40,400                          |                                 |
| 国税 ハナ          | 特別養護老人ホーム          | <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費                       | 150,000                         |                                 |
|                |                    | <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><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 checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費                       |                                 |                                 |
| 2 の 合 計        |                    |                                                                                                                                                                      | ㉔ 次欄合計<br>447,400               | ㉕ 次欄合計<br>200,000               |
| 医 療 費 の 合 計    |                    |                                                                                                                                                                      | A (ア+㉔)<br>500,000 <sup>円</sup> | B (イ+㉕)<br>200,000 <sup>円</sup> |

### 3 控除額の計算

|                                 |     |                    |           |
|---------------------------------|-----|--------------------|-----------|
| 支払った医療費                         | (6) | (合計)               | 500,000   |
| 保険金などで<br>補填される金額               | (7) |                    | 200,000   |
| 差引金額<br>(A)-(6)                 |     | (赤字のときは0円)         | 300,000   |
| 所得金額の合計額                        | (2) |                    | 5,226,000 |
| $\square \times 0.05$           |     | (赤字のときは0円)         | 261,300   |
| $\square$ と10万円のいずれか<br>少ない方の金額 |     |                    | 100,000   |
| 医療費控除額<br>(C)-(E)               | (8) | (最高300万円、赤字のときは0円) | 200,000   |

A ← 申告書第二表の「所得から差し引かれる金額」に関する事項」の医療費控除欄に転記します。  
 B ←  
 C ← 申告書第一表の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。  
 D (注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。  
 E ① 退職所得及び山林所得がある場合…その所得金額  
 F ② ほか申告分離課税の所得がある場合…その所得金額  
 (特別控除前の金額)  
 G ③ なお、損失申告の場合には、申告書第四表(損失申告用)の「4 繰越損失を差し引く計算」欄の③の金額を転記します。  
 H ← 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ます。

医療費控除の明細書の詳しい内容は

『平成 30 年分 所得税及び復興特別所得税の確定申告の手引き 確定申告書 A 用』 40 ページ  
をご覧ください。