

令和 年分 セルフメディケーション税制の明細書【内訳書】

※ 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。

※ セルフメディケーション税制を受ける場合には、「セルフメディケーション税制の明細書」の添付が必要です。

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	<input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> ()
(2) 発行者名 (保険者、勤務先、市区町村、 医療機関名など)	

一定の取組を行ったことを明らかにする書類を確認し、該当する取組内容のいずれか一つにチェックをします。

一定の取組を行ったことを明らかにする書類の発行者名を記入してください。

※取組に要した費用は、控除対象とはなりません。

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できます。

(1) 病院・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填される金額
		円	円
合 計		円	円

申告書「B 所得控除額の内訳（社会保険料等支払額）」の⑦にそれぞれ転記します。

※控除額の算出は、手引きの8ページで行ってください。