（大田区）特別区民税・都民税申告用

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）は受けられません。

平成　　年度　医療費控除の明細書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　医療費通知に関する事項

医療費通知（※）を添付する場合、
下記２への記入が省略できます。
右記の（1）～（3）を記入してください。
※医療保険者が発行する医療費の額等を
通知する書類です。（例）健康保険組合等が
発行する「医療費のお知らせ」など

（1） 医療費通知に記載された医療費の額	（2） （1）のうちその年中に支払った医療費の額	（3） （2）のうち保険金などで補てんされる金額
円	㋐　円	㋑　円

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）支払った医療費	（4）保険金などで補てんされる金額
		円	円
合計		㋒　円	㋓　円

３　差引負担額の計算　下記Ａ～Ｃの額を申告書㋖医療費控除の各欄に転記してください。

Ａ	支払った医療費（㋐＋㋒）	円
Ｂ	保険金などで補てんされる金額（㋑＋㋓）	円
Ｃ	差引負担額（Ａ－Ｂの金額）	円