（大田区）特別区民税・都民税申告用

※この控除を受ける方は、従来の医療費控除は受けられません。

平成　　年度セルフメディケーション税制の明細書

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（保険者名、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）支払った医薬品購入費	（4）保険金などで補てんされる金額
		円	円
合計		D　円	E　円

３　差引負担額の計算　下記Ｄ～Ｆの額を申告書㋟セルフメディケーション税制控除の各欄に転記してください。

D	支払った医薬品購入費	円
E	保険金などで補てんされる金額	円
F	差引負担額（Ｄ－Ｅの金額）	円