「令和5年分申告相談資料　医療費控除内訳書」

■この用紙に記入し、申告の際に持参下さい。

《　令和5年分 医療費控除　》

確定申告の季節となりました。申告相談の効率を図るため、この「内訳書（医療費控除）」に「医療を受けた方」「病院（薬局）」ごとにまとめて記入し、申告の際に持参してください。

申告の際には、この「内訳書（医療費控除）」かまとめた領収書・レシート、医療費の証明書が必要な場合はその証明書を持参いただけなければ、申告が出来ません。

この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制控除は受けることができませんので、ご留意ください。

▼令和5年分　医療費控除対象期間

令和5年1月1日から令和5年12月31日までに支払いをした医療費

▼医療費控除対象

・病院での治療・診療
・治療に必要な医薬品購入代
・通院のために利用した公共交通機関
・介護老人保健施設や介護老人福祉施設へ支払った入院費・入所費等
（領収書に「医療費対象分」書いてある金額のみ）

領収書のほかに医療費として証明のため添付・提示が必要な書類

寝たきりの方のおむつ代	おむつ使用証明書（病院で主治医に記入してもらう必要があります） 2年目（2回目）以降は町へ申請
歯矯正（医療目的）	矯正が医療目的とわかる診断書等
補聴器	補聴器適合に関する診療情報提供書

▼以下の支払いは医療費控除の対象となりません。

・インフルエンザ等の予防接種
・美容整形等での歯の矯正
・移動にかかった車のガソリン代
・治療を受けるため直接必要としない眼鏡や補聴器

平成29年分の申告より、医療費**領収書・レシート**の添付は必要なくなりましたが、**税務署より提示を求める場合がありますので5年間はご自宅で保管してください。**

セルフメディケーション税制を受ける方は裏面を参考にしてください。

医療を受けた方・病院ごとにまとめてください。

※医療費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。併用不可。

医療を受けた方氏名	病院・薬局・施設等支払先名称	支払った医療費額	生命保険・社会保険等からの補填分
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
合計		円	円

支払合計から補填を引き、そこから10万円を超えた分又は所得の5%を超えた分が医療費控除となります。

「令和5年分申告相談資料　セルフメディケーション税制控除内訳書」

■この用紙に記入し、申告の際に持参下さい。

《　令和5年分　セルフメディケーション税制　》

確定申告の季節となりました。セルフメディケーション税制控除を受ける方は、新型コロナウイルス感染症防止対策及び申告相談の効率を図るため、この「内訳書（セルフメディケーション税制）」にセルフメディケーション税制対象となる医薬品を記入して申告の際に持参下さい。

申告の際には、健康に対して一定の取組を行っている証明書類と「内訳書（セルフメディケーション税制）」か領収書・レシートを持参いただけなければ、申告が出来ません。

この控除を受ける方は、医療費控除を受けることができませんのでご留意ください。

▼セルフメディケーション税制税制

健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取り組みを行う方が、本人または生計を一にする配偶者、その親族に係る特定一般用医薬品等の購入費を支払った場合はその購入費を控除することができます。

医療費控除の特例のため、従来の医療費控除と併せて受けることはできません。

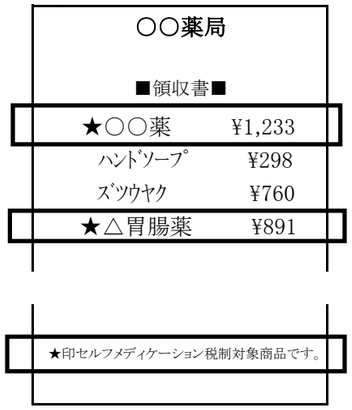
▼令和5年分　対象範囲

健康の保持増進、疾病の予防を行っている方が令和5年1月1日から令和5年12月31日までに薬局等で購入したセルフメディケーション税制控除対象となっている医薬品

対象医薬品は、領収書やレシートに記載があります。ご確認ください。

※購入したすべての医薬品が対象ではありません。

（例）



▼適用を受けるために必要な証明書

健康の保持増進・疾病の予防として一定の取り組みを行ったことを明らかにする証明

・インフルエンザの予防接種又は定期予防接種の領収書等

・特定健康検査や定期健康診断、人間ドック、各種検診（健診）の領収書又は結果通知書

令和3年分の確定申告から**「健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取組を行ったことを明らかにする書類」**の添付又は提出は必要なくなりましたが、内容確認のため**税務署から提示・提出を求める場合がありますので領収書とともに5年間はご自宅で保管してください。**

医療費控除を受ける方は裏面を参考にしてください。

※セルフメディケーション税制を受ける方は医療費控除は受けられません。併用不可。

薬局等支払先名称	購入した医薬品名称	支払った金額	生命保険・社会保険等からの補填分
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
合計		円	円

（支払った金額）　－　（補填分）　－　12,000　＝　**（控除額）**

円　円　円　円

（最高限度額　88,000円）