医

〈市民税・府民税申告用〉

年度分　医療費控除の明細書

お問い合わせ番号（　　）納税者コード（　　）

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、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、次の事項が記載されたものをいいます。
（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療養を受けた病院等の名称、⑤被保険者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（医療費通知の自己負担額の欄で確認）	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額（領収書で確認）	(3) (2)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
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してください。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
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		
2 の 合 計			ウ	エ

医 療 費 の 合 計	A	ア＋ウ 円	B	イ＋エ 円

市民税申告書の「医療費」の□にチェックを記入します。
Aの金額を市民税申告書の支払った医療費等欄に転記します。
Bの金額を市民税申告書の保険金などで補てんされる金額欄に転記します。

※こちらの明細書に書ききれない場合は、もう1枚御用意いただき続きを記載してください。

※この控除を受ける方は セルフメディケーション税制を受けられません。

領収書は
提出不要です

㊮『医療費控除の明細書』の記載要領

個人市・府民税で医療費控除の適用を受ける場合には、「医療費控除の明細書」を記載し、申告書に添付する必要があります。（領収書の提出不要）

セルフメディケーション税制を選択される場合は、京都市市税事務所市民税室各市民税担当まで御連絡ください。

医療保険者から交付を受けた医療費通知（「医療費のお知らせ」等）の中に次の①～⑥の項目のすべてが記載されている場合に限り、「1　医療費通知に関する事項」に(1)～(3)の事項を記載し、その通知書を明細書に添付することで、「2　医療費の明細」の記入を省略できます。

〔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〕

※医療費通知に保険者番号及び被保険者等記号・番号の記載がある場合、その番号部分を復元できない程度に塗り潰してください。



〈市民税・府民税申告用〉

㊮ 年度分　医療費控除の明細書

氏名　京都　太郎

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通知等を通知する書類で、次の事項が記載されたものをいいます。
（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療養を受けた病院等の名称、⑤被保険者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（医療費通知の自己負担額の欄で確認）	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額（領収書で確認）	(3) (2)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
円	ア 88,000 円	イ 88,000 円 / 10,000 円

2 医療費（上記1以外）の明細

「医療を受けた方の氏名」と「病院・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入してください。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
京都 太郎	○×病院	■診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費	20,000	
同上	京都市バス	□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 ■その他の医療費	2,100	
京都 花子	□△薬局	□診療・治療 □介護保険サービス ■医薬品購入 □その他の医療費	2,000	
		□診療・治療 □介護保険サービス □医薬品購入 □その他の医療費		

※この控除を受ける方

(1)医療を受けた人ごとに記入してください。
（同一生計の親族のために支払った医療費も控除の適用を受けることができます。）

(2)支払った医療費は、病院ごと、薬局ごとに集計して、記入してください。

(3)医療費の区分にチェックしてください。
□診療・治療
□介護保険サービス
□医薬品購入
□その他の医療費
（通院費、医療用器具の購入等）
※複数該当する場合は該当区分すべてにチェックしてください。

〈記入例〉

(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
京都　太郎	○×病院	■診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　□その他の医療費	20,000
同上	京都市バス	□診療・治療　□介護保険サービス □医薬品購入　■その他の医療費	2,100
京都　花子	□△薬局	□診療・治療　□介護保険サービス ■医薬品購入　□その他の医療費	2,000

・医療を受けた人
・病院・薬局
ごとに集計した医療費を記入してください。

(例)京都太郎さんが○×病院に通院した例

6/1	診療	5,000円
	通院	700円
6/25	診療	3,800円
	通院	700円
7/5	診察	11,200円
	通院	700円
○×病院診療計		20,000円
通院費計		2,100円

通院費の支払先が乗り継ぎ等により複数ある場合には、記入例のようにまとめて記入しても差し支えありません。

通院に通勤定期券等を使用した場合は、その通院費を医療費控除の対象に含めることはできません。

◎「支払った医療費」の対象外となる主な例
・病気予防のための費用（予防接種、健康診断、マスク、うがい薬など）
・健康増進のための費用（健康食品、栄養ドリンクなど）
・美容や健康維持のための費用（マッサージなど）

◎寝たきりの方のおむつ代を「支払った医療費」に含めるには医師の証明書が必要です。ただし、区役所・支所の健康長寿推進課が発行する確認書をお持ちの場合は当該確認書で代用できる場合があります。

◎介護保険サービスの利用料は領収書の支払総額ではなく「医療費控除の対象となる額」の欄の金額で計算します。

※医療費の領収書は自宅で５年間保存してください。（京都市から求められたときは、提示又は提出する必要があります。）

京都市
CITY OF KYOTO