

〈記載例〉

〒100-0000
〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇 〇〇 様

★医療機関への受診の際は、その都度、必ず保険証をご提示ください。
★退職した場合や被扶養者でなくなった場合は、保険証を使用することができません。速やかに事業主に返却してください。

医療費のお知らせ

保険証の記号番号	被保険者氏名
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇 〇〇

健康保険で診療を受けられたご加入者の皆様に、健康保険に対する関心を高めていただくことを目的とし、定期的に医療費のお知らせを発行しています。
本医療費のお知らせは、医療費控除の申告手続で医療費の明細書として使用することができます。医療費控除等の申告に関する事項は、税務署へお問い合わせください。

医療機関名等を補完記入（※）

診療を受けた方	診療年月	診療区分	日数	医療機関名等	医療費の総額(円)	保険者からの支払額(円)	国等からの支払額(円)	加入者の支払額(円)	整理番号
〇〇 〇〇	29. 9	入院	8	□□会△△病院	210,000	147,000		63,000	
〇〇 〇〇	29.10	外来	1	××病院	21,000	14,700		6,300	
〇〇 〇〇	29.10	調剤	1	△△薬局	14,000	9,800		4,200	
〇〇 〇〇	29.11	入院	10	□□会◇◇病院	240,000	168,000		72,000	

「医療費控除の明細書」の該当する欄に金額を記入

平成 29 年分 医療費控除の明細書

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません

氏名 〇〇 〇〇

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、所定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) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(3) (2)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
145,500 円	145,500 円	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) 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
		<input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円

重要なお知らせ

※ 「医療費通知」に「療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称」を補完記入した医療費については、その領収書を確定申告期限等から5年間ご自宅等で保存する必要があります。

なお、補完記入した医療費以外で、「医療費通知」に問1の①から⑥までに掲げる6項目の記載があるものについては、領収書の保存は不要です。