年分　セルフメディケーション税制の明細書

※この控除を受ける人は、通常の医療費控除は受けられません

1月1日住所	弘前市大字	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

取組を行ったことを明らかにする書類を添付する場合は、こちらに貼ってください。

(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、勤務先、市区町村、医療機関名など)	

取組を行ったことを明らかにする書類を確認し、該当する取組内容をいずれか一つチェックします。

※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) スイッチOTC 医薬品購入費	(4)(3)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
		円	円
合　　計		A	B

◎この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

3　控除額の計算

スイッチOTC医薬品購入費	(合計)　円	A
保険金などで補てんされる金額		B
差引金額(A－B)	(赤字のときは0円)	C
医療費控除額(C－12,000円)	(最高8万8千円、赤字のときは0円)	D

A・B → 申告書の「医療費控除」のA・B欄に転記します。

D → 申告書の「所得から差し引かれる金額」の㉖医療費控除欄に転記します。

＜記入例＞

領収書が複数ある場合は、購入先ごとにまとめて記入することができます。

同一の薬局で複数の医薬品を購入した 場合は、医薬品名を並べて記入するとともに購入金額の合計を記入します。

生命保険契約、損害保険契約又は健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金がある場合に、その金額を記入します。ただし、給付目的の医療費の金額を限度とします。

(1)薬局などの支払先の名称	(2)医薬品の名称	(3)スイッチOTC 医薬品購入費	(4)(3)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
市税薬局	ゼイムEX、カクテイ胃腸薬MN	円 2,164	円
□□ドラッグストア	○○○○、○○○、○○○○○	13, 753	
〃	○○○、○○○、○○○○、○○○○、○○○		

医薬品の名称が枠内に記入しきれない場合は、このように記入します。

市税薬局
林檎支店　TEL　0172-**-****
弘前市上白銀町１－１
■　領収書　■
20XX年4月1日（月）12：00

★ゼイムＥＸ	￥1,273
頭痛薬	￥760
★カクテイ胃腸薬MN	￥891
小　計	￥2,924
合　計	￥2,924
内消費税	￥216
お預かり	￥3,000
お釣り	￥76

★印はセルフメディケーション税制対象商品です。

領収書に控除の対象であることが記載されています。

※証明書類(レシート等)には、下記①～⑤の記載が必要です。
①商品名　②金額　③販売店名　④購入日
⑤当該商品がセルフメディケーション税制対象商品である旨

年分　セルフメディケーション税制の明細書（次葉）

※この控除を受ける人は、通常の医療費控除は受けられません

1月1日住所	弘前市大字	氏名	

「2 特定一般用医薬品等購入費の明細」欄に記入しきれない場合に、ご使用ください。

2　特定一般用医薬品等購入費の明細（つづき）

（1） 薬局などの支払先の名称	（2） 医薬品の名称	（3） スイッチOTC 医薬品購入費	（4）(3)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
		円	円
小　　計			