

※この控除を受ける方は、通常の医療費控除は受けられません。

(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 ☐ （ ）
(1) 発 行 者 名 （保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など）	

2 特定一般用医薬品等購入費の明細

(1) 薬局などの支払先の名称	(2) 医薬品の名称	(3) 支払った金額	(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

支払医療費等	(合計)	円	A	申告書の「4 所得控除に関する事項」の医療費控除欄に転記し、 区分の「セルフメディケーション税制」に○をします。
保険金等で補てんされる金額			B	
医療費実質負担額 (A - B)	(マイナスのときは0円)		C	
医療費控除額 (C - 12,000円)	(最高8万8千円、マイナスのときは0円)		D	