**控除を受ける方のみ提出してください**

# 年分　セルフメディケーション税制の明細書【内訳書】

※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

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

| | |
|---|---|
| （1）取組内容 | □健康診査　□予防接種　□定期健康診断<br>□特定健康診査　□がん検診　□（　　） |
| （2）発行者名 | |

※取組に要した費用は、控除対象となりません。

※「薬局等の支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。

2　特定一般用医薬品等購入費の明細　※書ききれない場合は裏面を使わずこの明細書をコピーするなどして別の明細書を用意してください。

| （1）薬局等の支払先の名称 | （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等で補填される金額 |
|---|---|---|---|
| | | 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 |

セルフメディケーション税制の適用を受ける場合は下記の２点が必要になります。
（1）セルフメディケーション税制の明細書
（2）控除対象者が適用を受ける年分に一定の取組を行ったことを明らかにする書類（①氏名②取組を行った年③取組に係る事業を行った保険者、事業者若しくは市町村の名称又は取組に係る診察を行った医療機関の名称若しくは医師の氏名の記載があるものに限ります。）

一定の取組の例としては下記の通りとなります。
・保険者（健康保険組合、市町村国保等）が実施する健康診査【人間ドック、各種健（検）診など】
・市町村が健康増進事業として行う健康診査【生活保護受給者等を対象とする健康診査】
・予防接種【定期予防接種、インフルエンザワクチンの予防接種】
・特定健康診査（メタボ検診など）、特定保健指導
・市町村が健康増進事業として実施するがん検診