令和＿＿＿年分　セルフメディケーション税制の明細書

※この控除を受ける方は、通常の医療費控除は受けられません

氏名：

❶ 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 ☐ 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）	

※取組に要した費用は控除の対象となりません。

❷ 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) 支払った金額	(4) (3)のうち社会保険や生命保険などで補てんされる金額
		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
		円	円
		円	円
合　　計		Ⓐ　円	Ⓑ　円

申告書の医療費控除の「支払医療費」欄に転記してください。

申告書の医療費控除の「補てん金」欄に転記してください。