

# 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。

住所 \_\_\_\_\_ 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  | <input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 定期健康診断<br><input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> (                      ) |
| (2) 発行者名<br><small>(保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)</small> |  |

※取組に要した費用（人間ドックなど）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) 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                              |

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

|                      |                    |   |   |  |
|----------------------|--------------------|---|---|--|
| 支払った金額               | (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)         | (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、赤字のときは0円) | D |   |  |

}
 申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記し、「区分」の□に「1」と記入します。

## 重要なお知らせ

令和3年分の確定申告から「健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取組を行ったことを明らかにする書類」の添付又は提示は必要なくなり、「セルフメディケーション税制の明細書」の添付のみが必要となりました。  
ただし、明細書の記入内容の確認のため、確定申告期限等から5年間、税務署から当該書類の提示又は提出を求める場合がありますので、当該書類はご自宅等で保管してください。

## セルフメディケーション税制の明細書の記載要領

この明細書は、租税特別措置法第41条の17（セルフメディケーション税制による医療費控除の特例）の適用を受ける場合に使用します。  
**この控除を受ける方は、通常の医療費控除を受けることができませんので、ご注意ください。**

健康の保持増進及び疾病の予防として一定の取組を行う方が、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る特定一般用医薬品等購入費（※）を支払った場合は、通常の医療費控除との選択により、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例の適用を受けることができます。

※ 特定一般用医薬品等購入費とは、医師によって処方される医薬品（医療用医薬品）から薬局などで購入できるOTC医薬品に転用された医薬品（スイッチOTC医薬品）の購入費をいいます。

### 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」欄

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。

※下記の「5年間保管が必要な書類」をご確認ください。

#### (2) 「発行者名」欄

取組を行ったことを明らかにする書類の発行者の名称を記入します。

### 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」欄

医薬品を購入した薬局などの支払先の名称を記入します。

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。

#### (2) 「医薬品の名称」欄

購入した医薬品の名称を記入します。

複数の医薬品を購入した場合は、名称を並べて記入します。

#### (3) 「支払った金額」欄

医薬品の購入金額を記入します。

複数の医薬品を購入した場合は、購入金額の合計を記入します。

#### (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」欄

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。

#### 領収書の表示例

|   |        |
|---|--------|
| 国税薬局                                    |        |
| 虎ノ門店 TEL: 03-****-****<br>東京都千代田区麹町**** |        |
| ■ 領収書 ■                                 |        |
| XXXX年4月1日(土) 12:00                      |        |
| ★ゼイムEX                                  | ¥1,273 |
| スツウヤク60                                 | ¥760   |
| ハンドソープ                                  | ¥298   |
| ★カクテイ胃腸薬MN                              | ¥881   |
| -----                                   |        |
| 小計 4点                                   | ¥3,222 |
| 合計                                      | ¥3,222 |
| 内消費税                                    | ¥293   |
| お預り                                     | ¥4,000 |
| お釣り                                     | ¥778   |
| -----                                   |        |
| ★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。

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。

#### 記入例

| (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 |
|-----------------|--------------------|------------|--------------------------------|
| 国税薬局            | ゼイムEX、カクテイ胃腸薬MN    | 2,164 円    | 円                              |
| □□ドラッグストア       | 〇〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇〇〇、〇〇〇 | 13,753     |                                |
| //              | 〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇  |            |                                |

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。

## 5年間保管が必要な書類

### ● 適用を受ける年分において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事業を行った保険者、事業者若しくは市区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。例えば次の書類です。

- インフルエンザの予防接種又は定期予防接種（高齢者の肺炎球菌感染症等）の領収書又は予防接種済証
- 市区町村のがん検診の領収書又は結果通知表
- 職場で受けた定期健康診断の結果通知表（「定期健康診断」という名称又は「勤務先(会社等)名称」が記載されている必要があります。）
- 特定健康診査の領収書又は結果通知表（「特定健康診査」という名称又は「保険者名(ご加入の健保組合等の名称)」が記載されている必要があります。）
- 人間ドックやがん検診をはじめとする各種健診(検診)の領収書又は結果通知表（「勤務先(会社等)名称」又は「保険者名(ご加入の健保組合等の名称)」が記載されている必要があります。）

※ 上記の書類に必要な事項が記載されていない場合は、勤務先や保険者などに一定の取組を行ったことの証明を依頼し、証明書の交付を受ける必要があります。詳しくは厚生労働省のホームページをご確認ください。

### ● 特定一般用医薬品等の領収書