# 令和　　年度　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**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<br>（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填される金額 |
|---|---|---|---|
| | | 円 | 円 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | | A | B |

※A を申告書の㋃、B を㋆に記入してください。