

重要なお知らせ

平成30年度の市民税・都民税の申告から、領収書の添付又は提示による確認に代えて

「セルフメディケーション税制の明細書」の添付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、申告期限等から5年間、市役所から領収書の提示又は提出を求める場合がありますので、領収書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、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「添付又は提示が必要な書類」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。

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
昭島薬局	ゼイムEX、シミン胃腸薬	2,648 円	円
〇〇ドラッグストア	〇〇〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇	13,333	
〃	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。

領収書の表示例

昭島薬局	
昭島店	TEL: 042-****-****
東京都昭島市田中町***	
※印はセルフメディケーション税制対象商品です	
領収書	
2023年8月20日(日) 13:00	
※ゼイムEX	¥1,655
ズツウヤク	¥888
※シミン胃腸薬	¥993

小計 3点	¥3,536
合計	¥3,536
お預かり	¥3,600
お釣り	¥64

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。

■添付又は提示が必要な書類

《令和4年度以降の申告》

●この「セルフメディケーション税制の明細書」(添付)

《令和3年度以前の申告》

●この「セルフメディケーション税制の明細書」(添付)

●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(添付又は提示)

※この書類は、令和4年度の申告から添付又は提示が不要です。

ただし、明細書の記入内容の確認のため、申告期限等から5年間、市役所からの提示又は提出を求める場合がありますので、書類等はご自宅で保管してください。

①氏名②取組を行った年③事業を行った保険者、事業者も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も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」「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。)
- ※ 取組を行ったことを明らかにする書類のうち、結果通知表は健診結果部分を黒塗り又は切り取りなどをした写しで差し支えありません。
- ※ 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。

セルフメディケーション税制に関する詳しいことは、国税庁ホームページをご覧ください。

取組を行ったことを明らかにする書類を添付する場合は、こちらに貼ってください。

※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) 取組内容	☐ 健康診断 ☐ 予防接種 ☐ 定期健康診断 ☐ 特定健康診断 ☐ 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)	

「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。
 特定一般用医薬品等購入費以外は、控除対象となりません。

(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		(ア) 円	(イ) 円
医 療 費 の 合 計 (ア)-(イ)		市民税・都民税申告書「医療費の合計」欄へ転記 円	