

医療費控除関係研修資料

税 務 署

凡例

1. 法令の略称は、次による。
 - 所法・・・・・・・・所得税法
 - 所令・・・・・・・・所得税法施行令
 - 所規・・・・・・・・所得税法施行規則
 - 所基通・・・・・・・・所得税基本通達
 - 措法・・・・・・・・租税特別措置法
 - 措令・・・・・・・・租税特別措置法施行令
 - 措規・・・・・・・・租税特別措置法施行規則
 - 改正法附・・・・・・・・所得税法等の一部を改正する
法律附則
2. 条項等の表示は、次による。
 - 1、2 = 条番号
 - ③、④ = 項番号
 - 五、六 = 号番号

目 次

1	医療費控除の計算	1
2	医療費控除の対象となる医療費	1
3	医療費控除の対象とならない医療費	2
4	保険金などで補てんされる金額	2
5	医療費控除を受けるための手続	3
6	留意点	4
7	誤りやすい事例	6
8	セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）について	8
9	参考事項	9
<様式1>	平成・令和 年分医療費控除の明細書【内訳書】	12
<様式2>	平成・令和 年分セルフメディケーション税制の明細書	13
<様式3>	おむつ使用証明書	14
<様式4>	おむつ使用の確認書（2年目以降）	15
<様式5>	主治医意見書	16
<様式6>	ストマ用装具使用証明書	18
<様式7>	温泉療養証明書	19
<様式8>	補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）	20

1 医療費控除の計算

自己や自己と生計を一にする配偶者その他の親族のためにその年中に支払った医療費がある場合は、次の算式によって計算した金額を医療費控除額として所得金額から控除することができます（所法73①）。

なお、一定の要件を満たす場合には、選択によりセルフメディケーション税制の適用を受けることができます（通常の医療費控除との併用はできません。）【8参照】。

$$\left(\begin{array}{l} \text{その年中} \\ \text{に支払った} \\ \text{医療費の総額} \end{array} - \begin{array}{l} \text{保険金などで} \\ \text{補てんされる} \\ \text{金額} \end{array} \right) - \left\{ \begin{array}{l} 10万円 \\ \left(\begin{array}{l} \text{その年分の総所得金額} \\ \text{等が200万円以下の人は} \\ \text{総所得金額等の5\%} \end{array} \right) \end{array} \right\} \\ = \text{医療費控除額} \\ \text{(最高200万円)}$$

2 医療費控除の対象となる医療費

医療費控除の対象となる医療費とは、次の（1）や（2）に当たるものをいいます（所法73②、所令207、所規40の3）。

- （1）次のものの対価のうち、その病状やサービスの提供状況に応じて一般的に支出される水準を著しく超えない部分の金額
- イ 医師又は歯科医師による診療又は治療
 - ロ 治療又は療養に必要な医薬品の購入
 - ハ 病院、診療所（介護老人保健施設、介護医療院、指定介護療養型医療施設、指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設を含みます。）又は助産所へ収容されるための人的役務の提供
 - ニ 治療のためのあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師などによる施術
 - ホ 保健師、看護師、准看護師又は療養上の世話を受けるために特に依頼した者から受ける療養（在宅療養を含みます。）上の世話
 - ヘ 助産師による分べんの介助
 - ト 介護福祉士による喀痰吸引等（平成24年4月1日から平成27年3月31日までの間は「認定特定行為業務従事者による特定行為」に含まれます。）及び認定特定行為業務従事者による特定行為（平成24年4月1日以後に支払うものが対象となります。）
- （注1）介護保険制度の下で提供される次の一定のサービスの対価は、医療費控除の対象になります。

- ① 介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設及び介護医療院から受ける施設サービスの対価（介護費等）として支払った額
- ② 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設から受ける施設サービスの対価（介護費等）として支払った額の2分の1相当額

③ 一定の居宅サービス及び介護予防サービスの自己負担額

(注2) 傷病により寝たきり等の状態にある者(身体障害者)の在宅療養に係る一定の介護に係る在宅介護サービス又は訪問入浴サービスについては、(1)ホに該当し医療費控除の対象になります(所令207)。

なお、介護保険制度下での居宅サービスについては注1のとおりです。

(注3) 特定健康診査の結果が高血圧症等と同等の状態である者に対して行われる特定保健指導に係る対価は、医療費控除の対象になります(所令207、所規40の3①二)。

(注4) 障害者自立支援法制度の下で提供される居宅介護、重度訪問介護等の一定の障害福祉サービスの対価なども医療費控除の対象となります。

(2) 次のような費用で、医師等による診療等を受けるため直接必要なもの(所基通73-3)

イ 通院費用、入院の対価として支払う部屋代や食事代の費用、医療用器具等の購入代や賃借料の費用で、通常必要なもの

ロ 自己の日常最低限の用をたすために供される義手、義足、松葉づえ、補聴器、義歯等の購入の費用

ハ 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法などの規定により都道府県又は市町村に納付する費用のうち、医師等の診療費用やイ、ロの費用に相当するもの

(注) 上記イないしハに掲げる費用は、医師等による診療や治療などのために直接必要なものに限られますので、例えば、症状が固定し、治療等の必要がなくなった後において、日常最低限の用をたすために供される義足等の購入費用などは、医療費に含まれないこととなります。

3 医療費控除の対象とならないもの

次のような費用は医療費控除の対象にはなりません。

(1) 人間ドックなどの健康診断や特定健康診査の費用(ただし、健康診断の結果、重大な疾病が発見され、かつ、引き続きその疾病の治療を受けるとき、又は特定健康検査を行った医師の指示に基づき一定の特定健康指導を受けるときの当該費用は医療費控除の対象となる医療費に含まれます。)(所基通73-4)

(2) 容姿を美化し、又は容ぼうを変えるなどの目的で支払った整形手術の費用(所基通73-4)

(3) 健康増進や疾病予防などのための医薬品の購入費(所基通73-5)

(4) 親族に支払う療養上の世話の費用

(5) 医師による診療等を受けるために直接必要としない一般的な近視、遠視のための眼鏡や補聴器等の購入費

4 保険金などで補てんされる金額

次のようなものは、支払った医療費から差し引きます(所基通73-8)。

(1) 社会保険や共済に関する法律その他の法令の規定に基づき医療費の支払の事由を給付原因として支給を受ける給付金

例えば、健康保険法の規定により支給を受ける療養費、移送費、出産育児一時金、家族出産育児一時金、家族療養費、家族移送費、高額療養費、高額介護合算療養費など

(2) 損害保険契約や生命保険契約等に基づき医療費の補てんを目的として支払を受ける傷害費用保険金や医療保険金、入院費給付金など

(3) 医療費の補てんを目的として支払を受ける損害賠償金

(4) 任意の互助組織から医療費の補てんを目的として支払を受ける給付金

(注1) 保険金などで補てんされる金額は、その給付の目的となった医療費の金額を限度として差し引きますので、引ききれない金額が生じた場合であっても他の医療費からは差し引きません。

(注2) 保険金などで補てんされる金額が、医療費を支払った年分の確定申告書を提出する時までには確定していない場合には、その補てんされる金額の見込額を支払った医療費から差し引きます(所基通73-10)。

なお、後日、補てんされる金額を受け取ったときに、その額が見込額と異なる場合には修正申告(見込額より受領額の方が多い場合)又は更正の請求(見込額より受領額の方が少ない場合)の手続により訂正することになります。

5 医療費控除を受けるための手続

医療費控除の適用を受けるためには、確定申告書の所定の欄に、医療費控除に関する事項を記載して、納税地を所轄する税務署に提出することが必要です(所法120④、所規47の2⑧⑨)(注1、2)。

なお、平成29年度の法改正により、平成29年分以後の確定申告書を平成30年1月1日以後に提出する場合は、①医療費の支出を証明する書類(領収書)に基づき、医療費の額など定められた事項(注3)の記載がある明細書(以下「医療費明細書」といいます。)

(様式1参照)又は②医療保険者(注4)から交付を受けた医療費通知書(注5)(以下、医療費明細書と医療費通知書を併せて「医療費明細書等」といいます。)を確定申告書に添付することが必要となります。

また、医療費明細書を用いて申告した場合における医療費の領収書は、確定申告期限等から5年間、自宅等で保管する必要があります(注6)。

(注1) 平成28年分以前の確定申告書を提出する場合は、医療費の領収書を、添付又は提示する必要があります。

(注2) 経過措置として、平成29年分から令和元年分までの確定申告については、医療費明細書等の添付ではなく、医療費の領収書の添付又は提示によることもできます(平29改正法附7)。

(注3) 医療費の額など定められた事項とは、次の事項をいいます。

- ・ 医療費の額
- ・ 診療等を受けた者の氏名
- ・ 診療等を行った病院、診療所その他の者の名称又は氏名
- ・ その他参考となるべき事項

(注4) 医療保険者とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村（特別区を含みます。）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団及び高齢者の医療に関する法律に規定する後期高齢者医療広域連合をいいます。

(注5) 医療費通知書とは、健康保険組合等が発行する「医療のお知らせ」など医療費の額等を通知する書類で、所定の事項が記載されたものをいいます。所定の事項とは、次の事項をいいます。

- ・ 被保険者等の氏名
- ・ 療養を受けた年月
- ・ 療養を受けた者
- ・ 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称
- ・ 被保険者等が支払った医療費の額
- ・ 保険者等の名称

なお、これらの医療保険者が交付する医療費通知書には、インターネットを使用して医療保険者から通知を受けた医療費通知情報でその医療保険者の電子署名及びその電子署名に係る電子証明書が付されたものを含まれます。

(注6) 明細書の記載内容を確認するため、確定申告期限の翌日から起算して5年を経過する日までの間、税務署から医療費の領収書（次に掲げるものを除きます。）の提出又は提示を求めることができますとされています（所法120⑤）。

- ・ 確定申告書の提出の際に、医療保険者から交付を受けた医療費通知書を添付した場合における当該医療費通知書に係る医療費の領収書
- ・ 電子申告（e-Tax）で確定申告を行った際に、医療保険者から通知を受けた医療費通知情報で、その医療保険者の電子署名及びその電子署名に係る電子証明書が付されたものを医療費の明細書として送信した場合における当該医療費通知情報に係る医療費の領収書

6 留意点

(1) 医療費控除の対象となる医療費の額は、医療費控除の申告をする年分に実際に支払ったものに限られます。

なお、未払となっている医療費については、実際に支払った年の医療費控除の対象となります。

(2) 傷病によりおおむね6か月以上寝たきりの状態であり、その傷病について医師の治療を受けている人のおむつ代（紙おむつの購入費用及び貸おむつの賃借料）は、「おむつ使用証明書」（様式3参照）により、医師による治療を受けるため直接必要な費用であることが明らかにされた場合には、医療費控除の対象となります。

なお、おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である場合、介護保険法の規定に基づく主治医意見書の内容を市町村が確認した書類又はその主治医意見書の写し（様式4及び5参照）を「おむつ使用証明書」に代えることができます。

また、これらの書類は原則として確定申告書に添付するか、確定申告書の提出の際に提示する必要がありますが、これらの書類に記載された①証明年月日、②証明書の

名称（医療機関名等）を明細書の適宜の欄又は欄外余白などに記載することで添付又は提示を省略しても差し支えありません。この場合、添付等を省略した証明書などは、確定申告期限等から5年間ご自宅等で保管する必要があります。以下（3）及び（4）についても同様です。

（注）昭62.12.24直所3-12「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」

平14.6.25課所2-11「おむつに係る費用の医療費控除の取扱い（「おむつ使用証明書」に代えた簡易な証明手続等）について（法令解釈通達）」

（3）人工肛門のストマ（排泄孔）又は尿路変向（更）のストマをもつ者が購入する治療上必要なストマ用装具を購入した場合の費用は、医療費控除の対象になります。

なお、治療を行っている医師が証明した「ストマ用装具使用証明書」（様式6参照）は、原則として確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示する必要があります。

（注）平元.7.13直所3-12「ストマ用装具に係る費用の医療費控除の取扱いについて」

（4）医師が治療のために患者に、温泉利用型健康増進施設として厚生労働大臣の認定を受けた施設（以下「認定施設」といいます。）を利用した温泉療養を行わせた場合の当該認定施設の利用料金は、医療費控除の対象になります。

なお、治療のために患者に認定施設を利用した温泉療養を行わせた医師が作成した「温泉療養証明書」（様式7参照）は、原則として確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示する必要があります。

（注）平2.3.27直所3-2「温泉利用型健康増進施設の利用料金の医療費控除の取扱いについて」

（5）治療用の眼鏡については、医療費控除の対象となります。

ただし、その購入費用に係る領収書のほか、次に掲げる事項が明確に掲載された医師による処方箋の写しが必要となります。

イ 白内障等一定の疾病名

ロ 治療を要する症状であること

（6）医療費通知書に上記5の（注5）の所定の事項の記載がされていない場合は、医療費明細書の作成が必要となります。

7 誤りやすい事例

1 数年分の医療費を同じ年分で医療費控除の申告をしている。

⇒ 医療費控除の対象となる医療費は、各年分においてその年中に支払った当該医療費の金額であるから、支払日により区分する。

2 生計を一にしていない親の入院費を子が支払った場合、その入院費を子の医療費控除の対象に含めている。

⇒ 医療費控除は、「自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族」に係る医療費に限られる（所法73①、所基通73-1）。

3 別居していた父親が死亡し、その後、当該父親に対する医療費の請求があり相続人が支払った。父親の入院費であるとして、父親の準確定申告の際に、医療費控除の対象としている。

⇒ その年の医療費控除の対象となる医療費は、その年中に実際に支払った金額に限られ、未払の医療費は現実に支払われるまで控除の対象にならない（所基通73-2）。

したがって、被相続人の死亡後に支払われた医療費は、たとえ相続財産で支払われた場合であっても被相続人が支払ったことにはならないので、被相続人の準確定申告上、医療費控除の対象とすることはできない。

4 人間ドック費用（異常が発見されない場合）を医療費控除として申告した。

⇒ 人間ドックその他の健康診断のための費用は、医療費控除の対象とならない。

しかし、健康診断等の結果、重大な疾病が発見され、かつ、その健康診断に引き続きその疾病の治療を行った場合は、その健康診断費用は医療費控除の対象となる（所基通73-4）。

5 医薬品購入に係る書類が薬局のレシートのみであるなど、内容が不明である。

⇒ 医薬品に該当するものであっても、疾病の予防又は健康増進のために供されるものの購入の対価は医療費に該当しないため、購入品目等に留意する（所基通73-5）。

6 出産育児一時金、高額療養費などの健康保険や生命保険からの入院給付金等により補てんされる金額があるにもかかわらず控除していない。

⇒ 明らかに補てん金があると思われるものは、申告の時点で未収のものであっても見込額を控除する（所法73①、所基通73-10）。

なお、出産手当金、傷病手当金などは、補てん金に該当しないので控除する必要はない（所基通73-9）。

（注）市町村等から「お祝金」として支給されるものの中にも、国民健康保険法に基づく給付補てん金に該当するものがあることに留意する。

7 支払った医療費の額を上回る補てん金の額を他の医療費から差し引いている。

⇒ 保険金などで補てんされる金額は、その給付の目的となった医療費の金額を限度として差し引くため、引き切れない金額がある場合でも、他の医療費から差し引かない。

8 会社の健康保険組合等が発行した「医療費のお知らせ」を提出している。

⇒ 平成29年分以降の確定申告から、医療保険者から交付を受けた医療費通知書で所定の事項が記載されたものを添付することにより、医療費控除の明細書の記載を省略でき、領収書の保存も不要となったが、平成28年分以前の確定申告書を提出する場合には、従前のおり医療費の領収書の添付又は提示が必要である。

8 セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）について

(1) 概要

平成 29 年 1 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日までの間に、健康の保持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組を行う居住者が、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の購入の対価を支払った場合は、次の計算式によって計算した金額を控除額として所得金額から控除することができます（措法 41 の 17 の 2）。

なお、本特例の適用を受ける場合には、従来の医療費控除の適用を受けることができません。

その年中に支払った特定一般用医薬品等購入費の総額	—	保険金などで補てんされる金額	—	1 万 2 千 円	＝	セルフメディケーション
						税制に係る医療費控除額 (最高 8 万 8 千 円)

(2) セルフメディケーション税制を受けられる者

この特例を受けられる者は「居住者」で、かつ、その年中に健康の保持増進及び疾病の予防への取組として、一定の取組（以下「取組」といいます。）を行っている者とされています（措法 41 の 17 の 2 ①）。なお、ここでいう取組とは、具体的には、告示において、次に掲げる取組とされています（措令 26 の 27 の 2 ①⑤、平成 28 年 3 月厚生労働省告示第 181 号）。

イ 健康診査（保険事業や健康増進事業として行われる人間ドックなど）

ロ 予防接種（インフルエンザの予防接種など）

ハ 事業主健診

ニ 高齢者の医療の確保に関する法律第 20 条の規定に基づき行われる特定健康診査又は同法第 24 条の規定に基づき行われる特定保健指導（いわゆるメタボ健診など）

ホ がん検診（市町村が健康増進事業として行う乳がん、子宮がん検診など）

なお、居住者（この特例の控除を受ける者）が取組を行うことが要件とされており、その者と生計を一にする配偶者その他の親族が取組を行うことは要件とされていません。

(3) 確定申告書の手続等

この特例の適用を受けるためには、確定申告書の所定の欄にこの特例の適用に関する事項を記載して、納税地を所轄する税務署に提出することが必要です。

また、次のイの書類を確定申告書に添付し、かつ、ロの書類を確定申告書に添付するか、又は確定申告書の提出の際に提示する必要があります（措法 41 の 17 の 2 ③④、措法 41 の 17 の 2 ③による読み替え後の所法 120④及び⑤、措規 19 の 10 の 2 ①）。なお、(2) のイ、ハ、ニ、ホの健診等に係る結果通知表は、健診結果部分を黒塗りなどした写しでも差し支えありません。

イ この特例の対象となる特定一般用医薬品等購入費の領収書（その領収した金額のうち、特定一般用医薬品等購入費に該当するものの金額が明らかにされているものに限ります。）に基づく、次の事項の記載のある明細書（様式2参照）

- (イ) 特定一般用医薬品等購入費の額
- (ロ) 特定一般用医薬品等の販売を行った者の氏名又は名称
- (ハ) その特定一般用医薬品等の名称
- (ニ) その他参考となるべき事項

ロ この特例の適用を受ける居住者がその年中に取組を行ったことを明らかにする書類で、次に掲げる事項の記載があるもの

- 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

(注1) 経過措置として、平成29年分から令和元年分までの確定申告については、医療費明細書等の添付ではなく、特定一般用医薬品等購入費の領収書の添付又は提示によることもできます（平29改正法附58）。

(注2) 明細書の記載内容を確認するため、確定申告期限の翌日から起算して5年を経過する日までの間、税務署から特定一般用医薬品等購入費の領収書の提出又は提示を求めることができるとされています（所法120⑤、措法41の17の2③）。

9 参考事項

(1) 高額療養費制度

高額療養費制度とは、医療機関や薬局の窓口で支払った金額（入院費の食事負担や差額ベッド代等は含みません。）が、歴月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた金額を支給する制度です。

加入している公的医療保険（健康保険組合・協会けんぽの都道府県支部・市町村国保・後期高齢者医療制度・共済組合等）や自治体によって、独自の上限額や付加給付、医療費助成制度を設定している場合があります。

また、世帯合算や多数回該当といった仕組みにより、さらに最終的な自己負担額が軽減される場合がありますので、厚生労働省ホームページ等をご確認ください。

(表 1-1) 70 歳以上 (診療月の 1 日現在で判定の者) の場合【平成 29 年 8 月～30 年 7 月】

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来 (個人ごと)	外来・入院 1 か月の負担の上限額 (世帯ごと)
現役並みの所得者		57,600 円	80,100 円 + (支払った医療費 - 267,000 円) × 1 %
一般		14,000 円	57,600 円
低所得者	II	8,000 円	24,600 円
	I		15,000 円

(表 1-2) 70 歳以上 (診療月の 1 日現在で判定の者) の場合【平成 30 年 8 月～】

所得区分		1 か月の負担の上限額	
		外来 (個人ごと)	外来・入院 1 か月の負担の上限額 (世帯ごと)
① 現役並み所得者	現役並みⅢ 年収 約 1,160 万円～	252,600 円 + (支払った医療費 - 842,000 円) × 1 %	
	現役並みⅡ 年収 約 770 万円～約 1,160 万円	167,400 円 + (支払った医療費 - 558,000 円) × 1 %	
	現役並みⅠ 年収 約 370 万円～約 770 万円	80,100 円 + (支払った医療費 - 267,000 円) × 1 %	
② 一般所得者 (①及び③以外の者)		18,000 円	57,600 円
③ 低所得者	II	8,000 円	24,600 円
	I		15,000 円

(表 2) 70 歳未満の者の場合

所得区分	1 か月の負担の上限額
年収 約 1,160 万円～	252,600 円 + (支払った医療費 - 842,000 円) × 1 %
年収 約 770 万円～約 1,160 万円	167,400 円 + (支払った医療費 - 558,000 円) × 1 %
年収 約 370 万円～約 770 万円	80,100 円 + (支払った医療費 - 267,000 円) × 1 %
～ 年収 約 370 万円	57,600 円
住民税非課税者	35,400 円

(2) 高額医療・高額介護合算療養費制度

高額医療・高額介護合算療養費制度とは、医療保険各制度（被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療費制度）の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担額を合計した額が、自己負担限度額（算定基準額）を超えた場合に支給する制度です。

高額医療費制度が「月」単位で負担を軽減するのに対し、合算療養費制度は、こうした「月」単位での負担軽減があっても、なお重い負担が残る場合に「年」単位でそれらの負担を軽減する制度です。期間は毎年8月1日～翌年7月31日です。

詳しくは、厚生労働省ホームページ等をご確認ください。

(表3) 算定基準額（限度額）

		後期高齢者医療制度 +介護保険 (75歳以上)	被用者保険又は国保 +介護保険 (70～74歳がいる世帯)	被用者保険又は国保 +介護保険 (70歳未満がいる世帯)
現役並み 所得者		67万円	67万円	212万円
				141万円
				67万円
一般	56万円	56万円	60万円	
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

【参考通達】

- ・ 生計を一にする親族に係る医療費（所基通73-1）
- ・ 支払った医療費の意義（所基通73-2）
- ・ 控除の対象となる医療費の範囲（所基通73-3）
- ・ 健康診断及び美容整形手術のための費用（所基通73-4）
- ・ 医薬品の購入の対価（所基通73-5）
- ・ 保健師等以外の者から受ける療養上の世話（所基通73-6）
- ・ 助産師による分べんの介助（所基通73-7）
- ・ 医療費を補填する保険金等（所基通73-8）
- ・ 医療費を補填する保険金等に当たらないもの（所基通73-9）
- ・ 医療費を補填する保険金等の見込控除（所基通73-10）

<様式3>

おむつ使用証明書				
患 者	住 所			
	氏 名	様	性別	男・女
	生年月日	(明・大・昭・平)	年	月
傷 病 名	によりおおむね6か月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる。			
治 療 状 況	・入院(所)中		・在宅で治療中	
必要期間	始 期 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年1月1日から 終 期 (イ) 年 月まで 又は (ロ) 同年末まで (※ (イ) 又は (ロ) のいずれかを○で囲んでください。)			
上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 医師氏名 _____ 印				
(注)1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。 (注)2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の1月1日以前からおむつが必要であり、かつ、1年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても(ロ)を○で囲むこと。なお、必要期間経過後において更に治療のためにおむつが必要と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行すること。				

- ① この証明書は、おむつ代(紙おむつの購入料及び貸おむつの賃借料をいう。以下同じ。)について医療費控除を受けるために必要です。
- ② 医療費控除を受けるためには、この証明書とおむつ代の領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。
- ③ おむつ代の領収書は、患者の氏名及び成人用のおむつ代であることが明記されたものであることが必要です。

<様式4>

平成 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

住所

氏名

被保険者番号

平成 年 月 日

住所

氏名

様

〇〇市（町村）長

貴方からの申出に基づき、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

平成 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

2. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

B 1 B 2 C 1 C 2

3. 尿失禁の発生可能性

あり

<様式5>

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____	男 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 (_____)
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 (_____)	
医療機関名 _____		FAX (_____)	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

①おむつを使用した当該年又はその前年に作成されたものであること。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
2. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
3. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化			
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> が必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられ <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事	<input type="checkbox"/> 自立ない <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(有の場合)	→ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

②「B1～C2」(寝たきり)であること。

<様式6>

(別紙様式)

ストマ用装具使用証明書				
患 者	住 所			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	生
ストマの種類	人工肛門のストマ		尿路変向(更)のストマ	
必要期間	平成 年 月から	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上
<p>上記の者は、人工肛門 尿路変向(更)のストマを有しており、ストマケアに係る治療上、ストマ用装具の使用が必要であることを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ 印</p> <p>① 証明書は、当該患者のストマケアに係る治療を行っている医師が記載すること。 ② 「必要期間」が「1年以上」となる場合は、翌年分については改めて証明書を発行すること。 ③ 既に経過した期間に係る証明については、証明書発行日の属する年の前年1月1日以降の期間に係るものに限り有効とする。</p>				

① この証明書は、ストマ用装具代について医療費控除を受けるために必要です。

② 医療費控除を受けるためには、この証明書とストマ用装具代の領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。

(税務署提出用)

温 泉 療 養 証 明 書

所轄税務署長 殿	
患者名	(明大昭平 年 月 日生まれ、 歳、男・女)
住 所	
傷病名	
<p>頭書患者が(療養期間) 年 月 日から 年 月 日までの 日間、弊施設において温泉療養を実施したことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>施 設 名 : _____ 施 設 所 在 地 : _____</p> <p>施設責任者氏名 : _____ ㊤ 施設認定番号 : _____</p> <p>温泉利用指導者氏名 : _____ ㊤ 温泉利用指導者番号 : _____</p>	
<p>-----</p> <p>連携型施設の場合は、以下を記載すること。</p> <p>頭書患者が、弊施設において生活指導を実施したことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>施 設 名 : _____ 施 設 所 在 地 : _____</p> <p>施設責任者氏名 : _____ ㊤ 施設認定番号 : _____</p> <p>健康運動指導士氏名 : _____ ㊤ 健康運動指士登録番号 : _____</p>	
<p>-----</p> <p>頭書患者に、その傷病の治療のため、上記温泉利用型健康増進施設を利用した温泉療養を { 行わせた } { 行わせている } ことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>所 在 地 : _____</p> <p>医 師 名 : _____ ㊤</p>	

(証明者の方へ)

- ①本証明書は、療養期間が一週間以上にわたる温泉療養が行われた場合に限り、当該温泉療養の場を提供した認定施設及び頭書患者の傷病の治療のために温泉療養を行わせた(行わせている)医師が作成してください。
- ②本証明書は、療養期間中又は療養期間終了後1年以内に発行されたものに限り有効です。
- ③療養期間が年をまたがる場合には、その年末までに改めて証明書を発行してください。
- ④運動施設のみを利用した日の運動施設に係る利用料は、医療費控除の対象外です。

(患者の方へ)

- ①本証明書は、厚生労働大臣の認定を受けた温泉利用型健康増進施設(以下「認定施設」といいます。)の利用料金について医療費控除を受けるために必要です。
- ②医療費控除を受けるためには、本証明書及び認定施設の利用料金に係る領収書を確定申告書に添付するか、あるいは確定申告の際に提示することが必要です。
- ③認定施設の利用料金に係る領収証は、治療のために支払われた設備の利用及び役務の提供の対価である旨及び患者の氏名が明記されたものであることが必要です。
- ④運動施設のみを利用した日の運動施設に係る利用料は、医療費控除の対象外です。

<様式 8 >

補聴器適合に関する診療情報提供書(2018)

平成 年 月 日

認定補聴器専門店 _____ 様

認定補聴器技能者 _____ 様

医療機関
補聴器相談医
住所 電話

下記の患者さんは補聴器の新規適合、更新、使用機種の変更、装用耳変更、両耳装用への変更、修理が必要と考えられます。つきましては、機種選択・調整等を適切に行い、結果を「補聴器適合に関する報告書」に記入して当院に報告して下さるようお願いします。また、補聴効果を確認するため、ご本人が再度来院されるようにお勧めください。

ふりがな
氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 男女 職種 _____

必要な項目に記載してください。再調整・修理の場合は2. 7. のみで可です。

1. 耳科に関する医学情報

診断名 感音難聴 (右耳 左耳) 混合性難聴 (右耳 左耳)
 伝音難聴 (右耳 左耳) 術後耳 (右耳 左耳)

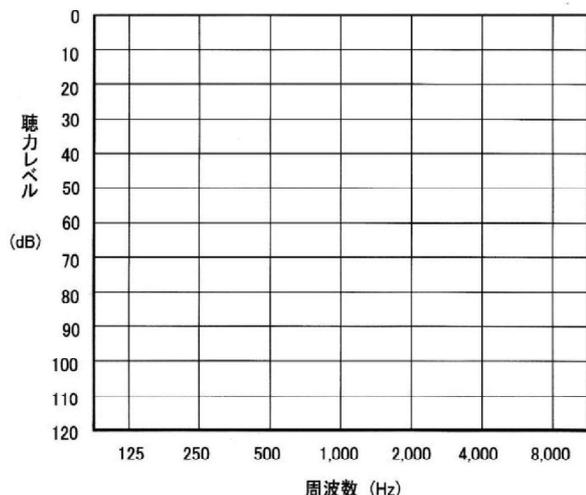
鼓膜所見 (異常なし 異常あり)
鼓膜穿孔 (右耳 左耳 なし) 年1回以上の耳漏 (右耳 左耳 なし)
鼓膜の位置が浅い (右耳 左耳 なし) 鼓膜が薄く弱い (右耳 左耳 なし)

外耳道所見 (異常なし 異常あり)
後壁の欠損 (右耳 左耳 なし) 著しく狭い (右耳 左耳 なし)
過度に曲がる (右耳 左耳 なし) 湿疹・疼痛 (右耳 左耳 なし)

特記事項 (その他の所見および耳型採取、機種選択で注意すべき事項があれば記入)

.....
.....
.....

2. 純音聴力に関する情報



純音聴力に関する特記事項 (機種選択、調整、装用耳などで考慮すべきことがあれば記入)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

以下の事項については、可能な範囲で記載してください。

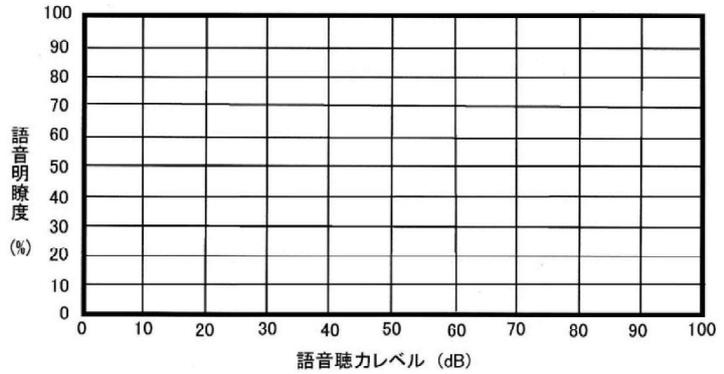
3. ことばの聞き取りに関する情報

最高(最良)語音明瞭度

右耳	_____ %	_____ dB
左耳	_____ %	_____ dB

最高語音明瞭度の簡易測定法は補聴器適合検査の指針(2010)では、57-S語表を用い、語音の検査音圧は平均聴力レベル上 30 dBとするが、重度難聴では可能なレベルとすると規定されている。

語音明瞭度曲線



最高(最良)語音明瞭度または語音明瞭度曲線は測定結果があれば記入してください。測定していない場合は以下の中で該当項目をチェックしてください。

ことばの聞き取り状況(補聴器非装用時)

- 静かな室内で 1m 離れての会話
 - 普通の大きさの声による対面会話は理解可能
 - 少し大きな声でゆっくり話せば理解可能
 - 大きな声でゆっくり話せば理解可能
- 耳元で大声での会話
 - 理解困難 理解可能
- 大きな騒音のない屋外での会話
 - 普通の大きさの声による対面会話が理解可能
 - 大きな声でゆっくり話せば対面会話が理解可能
- 騒音下での会話の弁別
 - 極端に悪くなる 少し悪くなる

4. 装用耳に関する情報

- 適合耳 両耳 片耳 (右耳 左耳 どちらでも可) 両耳・片耳いずれでも可
- 試聴後本人の希望を聞いて決める
- 補聴器の形態 医師の推奨 (耳あな型 耳かけ型 ポケット型 なし)
- 本人の希望にあわせる
- 特記事項 (とくに重要な指導事項などがあれば記入)

5. 難聴・補聴器に関する情報

- 本人の補聴器装用希望や意欲 (あり はっきりしない 消極的 なし) 試聴希望あり
- 難聴を家族や他の人に指摘された 家族や他の人に補聴器装用を奨められた
- [特記事項]
- ・補聴器を必要とする主な場面 (医師等による診療や治療を受けるために直接必要)
-
- ・補聴器への期待や不安
-
- ・価格の希望、使用目的などを含め、とくに重要な指導事項や注意などあれば記入
-
-

※ 医師等による診療や治療を受けるために直接必要な補聴器である場合、当該補聴器の購入費用については、医療費控除の対象となります。医師等による診療や治療を受けるために直接必要な補聴器である場合は、当該補聴器を必要とする主な場面とともに、使用目的を具体的に記入してください。

6. 補聴器の選択・調整に当たって特に留意すること(過去3ヵ月以内の聴力低下、聴力変動、耳鳴、めまいなどがあれば対応法について記入)

使用している補聴器の再適合・再調整・修理などが必要な場合に記載する事項

7. 現在使用中補聴器の問題点(再調整または修理・点検依頼項目)
(聴力が変化している場合はオージオグラムに最新の聴力を記載すること)

(1) 補聴器再調整が必要な理由

- 聴力が変化した(悪くなった よくなった) 聴力の変化なし
 語音明瞭度が悪化した
 装着していても会話が聞き取りにくくなった
 音が小さくなった
 音質が悪くなった(具体的に:))
 雑音がうるさくなった
 響くようになった
 頻繁にハウリングする
 補聴器適合検査結果不良.....
 その他:
 使用時に具体的に困ること.....
 補聴器の不具合を感じる主要な場面.....

(2) 修理が必要な理由

- 電池交換しても音が出ない 音が出たり出なかったりする
 スイッチを入れると雑音が出る 音が小さくなった
 ハウリングが止まらない ポリウムが働かない
 挿入すると耳が痛い イヤモールド、シェルの不具合
 その他:
 破損した:

(3) 修理後の再調整

- 修理後は元の調整にする 修理後あらたに再調整必要
 その他:

新規適合、更新、使用機種の変更、装着耳変更、両耳装着への変更、修理のすべてについて

8. その他の情報(機種選択、補聴器の機能、調整の方針、および、選択・調整において必要な要望があれば記入)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....