

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もの	4
4 保険金などで補てんされる金額	4
5 医療費控除を受けるための手続	5
6 誤りやすい事例	7
7 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	9
8 参考事項	10
<様式 1> 介護保険サービスの対価に係る領収証	11
<様式 2> おむつ使用証明書	19
<様式 3> おむつ使用の確認書（2年目以降）	20
<様式 4> 主治医意見書	21
<様式 5> ストマ用装具使用証明書	23
<様式 6> 温泉療養証明書	24
<様式 7> 補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）	25
<様式 8> 医療費控除の明細書【内訳書】	29
<様式 9> セルフメディケーション税制の明細書	30

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、「その年中に支払った医療費」とは、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、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。

また、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（下記7参照）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。）。

$$\left(\begin{array}{l} \text{そ の 年 中} \\ \text{に 支 払 つ} \\ \text{医 療 費 の 総 額} \end{array} - \begin{array}{l} \text{保 険 金 な ど で} \\ \text{補 て ん さ れ る} \\ \text{金 额} \end{array} \right) - \left\{ \begin{array}{l} 10 万 円 \\ \begin{array}{l} \text{そ の 年 分 の 総 所 得 金 額} \\ \text{等 が 200 万 円 以 下 の 人 は} \\ \text{総 所 得 金 額 等 の 5 \%} \end{array} \end{array} \right\} = \text{医 療 費 控 除 額} \\ (\text{最 高 } 200 \text{ 万 円})$$

2 医療費控除の対象となる医療費

次のものは、医療費控除の対象となります（所法73②、所令207、所規40の3、所基通73-3）。

（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

なお、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を含みます。

また、介護保険制度下での居宅サービスについては下記（3）のとおりです。

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。）

(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

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及び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、医療費控除の対象となる医療費に含まれないことになります。

(3) 介護保険制度の下で提供される施設・居宅のサービス等の対価

介護保険制度の下で提供される施設・居宅のサービス等のうち一定のものの対価は医療費控除の対象となるところ、その取扱いについては次表のとおりです。

なお、領収証等には、医療費控除の対象となる金額が記載されることとなっています（様式1参照）。

【施設サービスの対価】

① 医療費控除の対象となるサービスを行う施設名	② サービスの対価のうち医療費控除の対象となるもの	③ サービスの対価のうち医療費控除の対象とならないもの
指定介護老人福祉施設	施設サービスの対価（介護費、食費及び居住費）として支払った額の2分の1に相当する金額	<input type="radio"/> 日常生活費 <input type="radio"/> 特別なサービス費用
指定地域密着型介護老人福祉施設		
介護老人保健施設	施設サービスの対価（介護費、食費及び居住費）として支払った額	
指定介護療養型医療施設		
介護医療院		

【居宅サービス等の対価】

① サービスの対価が医療費控除の対象となる居宅サービス等	② ①の居宅サービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象となる居宅サービス等	③ 医療費控除の対象とならない居宅サービス等
<input type="radio"/> 訪問看護 <input type="radio"/> 介護予防訪問看護 <input type="radio"/> 訪問リハビリテーション <input type="radio"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="radio"/> 居宅療養管理指導 <input type="radio"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="radio"/> 通所リハビリテーション <input type="radio"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="radio"/> 短期入所療養介護 <input type="radio"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="radio"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用する場合に限ります。） <input type="radio"/> 複合型サービス（上記の居宅サービスを含む組合せにより提供されるもの（生活援助中心型の訪問介護の部分を除きます。）に限ります。）	<input type="radio"/> 訪問介護（生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事の援助）を中心型を除きます。） <input type="radio"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="radio"/> 介護予防訪問介護 <input type="radio"/> 訪問入浴介護 <input type="radio"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="radio"/> 通所介護 <input type="radio"/> 地域密着型通所介護 <input type="radio"/> 認知症対応型通所介護 <input type="radio"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="radio"/> 介護予防通所介護 <input type="radio"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="radio"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="radio"/> 短期入所生活介護 <input type="radio"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="radio"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用しない場合及び連携型事業所に限ります。） <input type="radio"/> 複合型サービス（①の居宅サービスを含まない組合せにより提供されるもの（生活援助中心型の訪問介護の部分を除きます。）に限ります。） <input type="radio"/> 地域支援事業の訪問型サービス（生活援助中心のサービスを除きます。） <input type="radio"/> 地域支援事業の通所型サービス（生活援助中心のサービスを除きます。）	<input type="radio"/> 訪問介護（生活援助中心型） <input type="radio"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="radio"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="radio"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="radio"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="radio"/> 介護予防地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="radio"/> 複合型サービス（生活援助中心型の訪問介護の部分） <input type="radio"/> 地域支援事業の訪問型サービス（生活援助中心のサービスに限ります。） <input type="radio"/> 地域支援事業の通所型サービス（生活援助中心のサービスに限ります。） <input type="radio"/> 地域支援事業の生活支援サービス

* ②の居宅サービス（①の居宅サービスと併せて利用しない場合に限ります。）又は③の居宅サービスにおいて行われる介護福祉士等による喀痰吸引等の対価（居宅サービスの対価として支払った額の10分の1に相当する金額）は、医療費控除の対象となります。

(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

(5) 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

(6) 医師による治療を受けるために直接必要なおむつに係る費用

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2参照）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3及び4参照）を「おむつ使用証明書」に代えることができます。

（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）」

(7) 治療上必要なストマ用装具の購入費用

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5参照）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」

(8) 治療のために利用した温泉利用型健康増進施設の利用料金

医師が治療のために、患者に対し、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、医師が作成した「温泉療養証明書」（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」

(9) 治療用の眼鏡

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に基づき記載した医療費控除の明細書のほか、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

(10) 診療等のために直接必要な補聴器の購入費用

一般社団法人耳鼻咽喉科学会が認定した補聴器相談医が、「補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）」（様式7参照）により、補聴器が診療等のために直接必要である旨を証明している場合には、当該補聴器の購入費用（一般的に支出される水準を著しく超えない部分の金額に限ります。）は、医療費控除の対象になります。

この場合、確定申告に当たっては、その購入費用に係る領収書に基づき記載した医療費控除の明細書のほか、「補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）」が必要となります。

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、引き続きその疾病的治療を受けるとき、又は特定健康診査を行った医師の指示に基づき一定の特定保健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た上で、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1）の記載がある医療費控除の明細書（様式8参照）又は②医療保険者（注2）から交付を受けた医療費通知書（注3）（以下、医療費控除の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し、納税地を所轄する税務署に提出が必要です（所法120④、所規47の2⑧⑨）（注4）。

なお、医療費控除の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5）。

（注）1 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）2 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）3 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、次に掲げる所定の事項が記載されたものをいいます。

- ・ 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、医療費通知書に所定の事項の記載がされていない場合には、医療費控除の明細書の作成が必要となります。

また、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みます。

（注）4 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。なお、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）5 医療費控除の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あります（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控除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

(注) 6 上記2の費用に係る「おむつ使用証明書」などの各種証明書については、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）を医療費控除の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、自宅等で保管する必要があります。

6 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的治療を行った場合、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 平成28年分の確定申告において、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つたが、平成28年分の確定申告書を提出する場合には、従前のとおり医療費の領収書の添付又は提示が必要である。

7 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 2①）。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 2①⑤、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 2③④、措法 41 の 17 の 2③による読み替え後の所法 120④及び⑤、措規 19 の 10 の 2①）。

なお、上記（2）のイ、ハ、ニ及び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9参照）

- (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
- (二) 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、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ます（所法120⑤、措法41の17の2③）。

8 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）で一定額を超えた場合に、その超えた金額が払い戻される制度です。

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。

(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し、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）を超えた場合において、被保険者からの申請に基づき、その超えた金額が支給される制度です。

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（期間：毎年8月1日～翌年7月31日）でそれらの負担を軽減する制度です。

詳しくは、厚生労働省ホームページ等をご確認ください。

<様式 1 >

(様式)				
指定介護老人福祉施設等利用料等領収証				
(平成 年 月 日)				
利用者氏名				
費用負担者氏名		続柄		
施設事業者名 及び住所等		社会福祉法人 特別養護老人ホーム 印		
項目		単 価	数量	金額 (利用料)
①	介護費			
②	食費			
③	居住費			
④	特別食負担			
⑤	特別居住負担			
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				
領 収 額		円		領収年月日
				平成 年 月 日
うち医療費控除の対象となる金額 (①+②+③) × 1 / 2		_____円		

(注) 1 「事業者名及び住所等」の欄には、市（区）町村が提供する場合には、その自治体名を記入してください。

2 ①介護費の単価及び数量については適宜基本介護サービス費、各種加算の内訳を記載してください。

3 ①、②及び③の合計額の 1 / 2 (二重下線の額) が医療費控除の対象となります。

4 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

(様式)

介護老人保健施設利用料等領収証

(平成 年 月 日)

利用者氏名			
費用負担者氏名		続柄	
施設事業所名 及び住所等	介護老人保健施設 印		
項目	単価	数量	金額(利用料)
① 介護費			円
② 食費			円
③ 居住費			円
④ 特別食負担			円
⑤ 特別居住負担			円
⑥			
⑦			円
⑧			円
⑨			円
領 収 額	円		領収年月日 平成 年 月 日
うち医療費控除の対象となる金額	円		

- (注) 1 「事業者名及び住所等」の欄には、市(区)町村が提供する場合には、その自治体名を記入してください。
- 2 ①介護費の単価及び数量については適宜基本介護サービス費、各種加算の内訳を記載してください。
- 3 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

(様式)

介護医療院利用料等領収証

(平成 年 月 日)

利用者氏名				
費用負担者氏名			続柄	
施設事業所名 及び住所等		介護医療院 印		
項目		単価	数量	金額(利用料)
①	介護費			円
②	食費			円
③	居住費			円
④	特別食負担			円
⑤	特別居住負担			円
⑥				
⑦				円
⑧				円
⑨				円
領 収 額				領収年月日 平成 年 月 日
うち医療費控除の対象となる金額		_____		円

- (注) 1 「事業者名及び住所等」の欄には、市(区)町村が提供する場合には、その自治体名を記入してください。
- 2 ①介護費の単価及び数量については適宜基本介護サービス費、各種加算の内訳を記載してください。
- 3 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

(様式例)

居宅サービス等利用料領収証

(平成 年 月分)

利用者氏名				
費用負担者氏名		続柄		
事業所名及び住所等 (住所:)	印			
居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した店舗 宅介護支援事業者等の名称				
No.	サービス内容/種類	単 価	回数 日数	利用者負担額 (保険・事業対象分)
①				円
②				円
③				円
④				円
⑤				円
No.	その他費用 (保険給付対象外のサービス)	単 価	回数 日数	利用者負担額
①				円
②				円
③				円
領 収 額		円		領収年月日 平成 年 月 日
うち医療費控除の対象となる金額		円		

(注) 1 本様式例によらない領収証であっても、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した事業者名」及び「医療費控除の対象となる金額」が記載されたものであれば差し支えありません。

なお、利用者自らが居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合においては、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した店舗支援事業者等の名称」欄に当該市町村名を記入してください。

- 2 サービス利用料が区分支給限度基準額又は種類支給限度基準額を超える部分の金額については、「その他費用 (保険給付対象外のサービス)」欄に記載してください。
- 3 訪問介護事業者にあっては、「うち医療費控除の対象となる金額」欄には、利用者負担 (保険対象分) のうち、生活援助中心型に係る訪問介護以外のサービスに係る利用者負担額 (保険対象分) の合計額を記載してください。
- 4 第1号事業に係る事業者にあっては、「うち医療費控除の対象となる金額」欄には、利用者負担 (事業対象分) のうち、旧介護予防訪問介護又は旧介護予防通所介護に相当するサービスに係る利用者負担額 (事業対象分) の合計額を記載してください。
- 5 この領収証を発行する居宅サービス等事業者が、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、定期巡回型訪問介護・看護、複合型サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション又は介護予防短期入所療養介護を提供している場合には、これらのサービスに係る利用料についてもあわせて記入してください。
- 6 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

(様式例)

居宅サービス等利用料領収証（喀痰吸引等用）

(平成 年 月分)

利用者氏名					
費用負担者氏名				続柄	
事業所名及び住所等 (住所 :		印)			
居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等の名称					
No.	サービス内容／種類	喀痰吸引等の有無	単価	回数 日数	利用者負担額（保険対象分）
①					円
②					円
③					円
④					円
⑤					円
No.	その他費用 (保険給付対象外のサービス)	単価	回数 日数	利用者負担額	
①				円	
②				円	
③				円	
領 収 額		円		領収年月日	
うち医療費控除の対象となる金額 (※当該サービスの利用者負担額（保険対象分）×1／10)		円		平成 年 月 日	

- (注) 1 ①医療系のサービスと併せて利用しない訪問介護（生活援助中心型を除く。）、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用しない場合及び連携型事業所に限る。）、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（医療系のサービスを含まない組合せにより提供されるものに限る。）、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護若しくは介護予防小規模多機能型居宅介護又は②訪問介護（生活援助中心型に限る。）、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護において、喀痰吸引等が行われた場合は、当該サービスの利用者負担額（保険対象分）の10分の1が医療費控除の対象となります。
- これらに該当する場合には、本様式例のとおり、「医療費控除の対象となる金額」欄に居宅サービス等に要する費用に係る自己負担額（保険対象分）の10分の1を記載してください。
- 2 本様式例によらない領収証であっても、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した事業者名」及び「医療費控除の対象となる金額」が記載されたものであれば差し支えありません。
- なお、利用者自らが居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合においては、「居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅支援事業者等の名称」欄に当該市町村名を記入してください。
- 3 サービス利用料が区分支給限度基準額又は種類支給限度基準額を超える部分の金額については、「その他費用（保険給付対象外のサービス）」欄に記載してください。
- 4 従来の居宅サービス等利用料領収証と併用する必要がある場合は、二重記載とならないようご注意ください。
- 5 上記1に該当する場合の金額とあわせて、喀痰吸引等が行われなかつた場合の金額も併記する場合は、様式例のとおり「喀痰吸引等の有無」欄にその区別を記載するなど、医療費控除の対象となる金額の算定に誤りがないようご注意ください。
- 6 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

障害福祉サービス等利用料領収証

下記の内容により、医師との連携の下に障害福祉サービス等を提供し、その費用を領収したこと
を証明する。

平成 年 月 日

事業者名

所在地（住所）

代表者名

印

記

利 用 者	氏 名		性 別	男 女	
	住 所				
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日	年 齡		
費 用 負 担 者	氏 名		統 柄		
	住 所				
主 治 医 又 は 協 力 医 療 機 関	医療機関名				
	所 在 地 (住 所)				
	医 師 氏 名				
サ ー ビ ス 内 容	1 障害福祉サービス等（療養介護を除く。） ア 居宅介護（身体介護、通院等介助（身体介護を伴う場合）及び乗降介助に限る。） イ 重度訪問介護（アと同様の内容に限る。） ウ 短期入所（ただし、市町村により遷延性意識障害者等として支給決定を受けたものに限る。） エ 重度障害者等包括支援（アからウまでと同様の内容に限る。） オ 上記以外の障害福祉サービス等（介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限る。）				
	2 自立支援給付対象外のサービス ア 在宅介護サービス ※該当するものに○をつける。 食事の介護・排せつの介護・衣類着脱の介護・入浴の介護・身体清拭、洗髪・ 通院等の介助・その他必要な身体の介護（ ） イ 訪問入浴サービス ウ 上記以外の自立支援給付対象外のサービス（介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限る。）				
	費 用 額	領 収 対 象 期 間	平 成 年 月 日	～	平 成 年 月 日
		領 収 額	円		
		うち医療費控除の対象となる金額	円		

(記載上の注意)

- 1 この領収書は、医療費控除を受ける際に、確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示して下さい。また、この領収書のほかに、医師又は医療機関の診療等の対価に係る領収書も添付して下さい。
- 2 「事業者名」欄は、市（区）町村が提示する場合には、その自治体名を記載して下さい（保健師、助産師、看護師、準看護師（以下「看護師等」という。）の場合は記入不要）。
- 3 障害福祉サービス等を利用している方は、この領収書に、市（区）町村の発行する受給者証の写しを添付して下さい。また、自立支援給付対象外のサービスを利用している方は、この領収書に、市（区）町村長の発行するホームヘルパー派遣決定通知書・訪問入浴サービス利用決定通知書、介護福祉士及び看護師等の資格証明証の写しを添付して下さい。
- 4 1のイ重度訪問介護については、利用者負担額に2分の1を乗じて医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。
- 5 1のエ重度障害者等包括支援については、サービス提供実績記録により、提供されたサービスのうち利用者負担が発生しているものにつき、1のア及びウについては利用者負担相当額を、1のイについては利用者負担相当額に2分の1を乗じた額を、1のオについては、介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合に限り、利用者負担相当額に10分の1を乗じた額をそれぞれ算出し、各月ごとにこれらを合算し、医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。
- 6 1のオ上記以外の障害福祉サービス等とは、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所（市町村により遷延性意識障害者加算等として決定された部分を除く。）、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、児童発達支援（医療型を除く。）、放課後等デイサービス、障害児入所支援（医療型を除く。）を指します。
- 7 2のア在宅介護サービスについては、該当する内容に○をつけて下さい（複数可）。
- 8 2のウ上記以外の自立支援給付対象外のサービスで、介護福祉士等により喀痰吸引等が実施された場合については、サービス費用額に10分の1を乗じた額を算出し、医療費控除の対象となる金額を算出して下さい。

<様式2>

おむつ使用證明書					
患 者	住 所				
	氏 名		様	性別	男・女
	生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日
傷 病 名	によりおむね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 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					
<p>(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。</p> <p>(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。</p>					

- 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3>

平成 年 月 日

○○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

○○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. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○）

B1 B2 C1 C2

3. 尿失禁の発生可能性

あり

<様式4>

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 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ 電話 () _____ FAX () _____				
(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 安定 不安定 不明

(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し 改善 不変 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ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾患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) 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・ 痴呆性老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV V

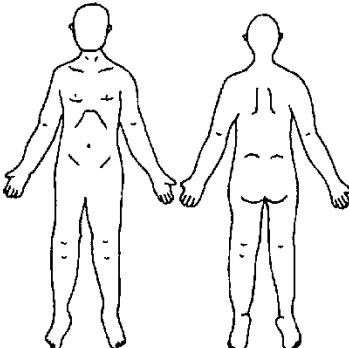
(2) 理解および記憶

- ・ 短期記憶 問題なし 問題あり
- ・ 日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 が可能 判断できない
- ・ 自分の意思の伝達能力 伝えられ 限られる 伝えられない
- ・ 食事 白立ない 全面介助

②「B 1 ~ C 2」 (寝たきり) であること。

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

- 有 無
- (有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
- 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) 精神・神経症状の有無	
<input type="checkbox"/> 有 (症状名 (有の場合) → 専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
(5) 身体の状態	
利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 体重 - <input type="text"/> kg 身長 - <input type="text"/> cm <div style="float: right; margin-top: -20px;">  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> 凡例  </div> </div>	
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他皮膚疾患 (部位 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 ・肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針	
<input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他 () → 対処方針 ()	
(2) 医学的管理の必要性	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	
(3) 介護サービス（入浴サービス、訪問介護等）における医学的観点からの留意事項	
・血圧について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・嚥下について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・摂食について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・その他 ()	
(4) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）	
<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）

<様式5>

(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、<u>人工肛門</u>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 _____ </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。</p> <p>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。</p> <p>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。

<様式 6 >

(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: _____ 施設責任者氏名: _____ ㊞ 施設認定番号: _____ 温泉利用指導者氏名: _____ ㊞ 温泉利用指導者番号: _____</p> <hr/> <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: _____ 施設責任者氏名: _____ ㊞ 施設認定番号: _____ 健康運動指導士氏名: _____ ㊞ 健康運動指導士登録番号: _____</p> <hr/> <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: _____ 所在地: _____ 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7>

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 開
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、□使用機種の再適合、□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くだ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。

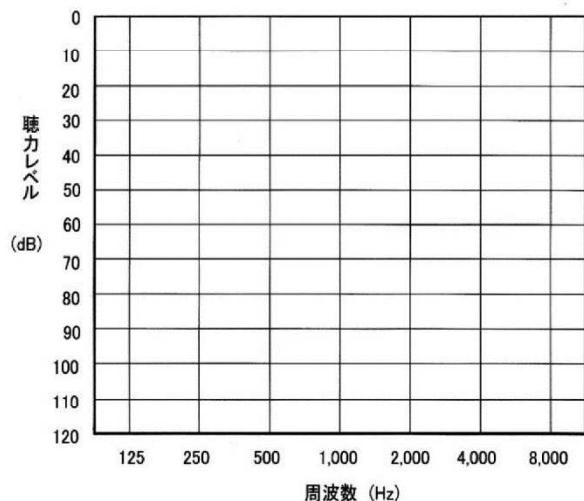
ふりがな
氏名_____様 年齢_____歳 男 女 職種_____

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 | <input type="checkbox"/> 感音難聴 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)
<input type="checkbox"/> 伝音難聴 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) | <input type="checkbox"/> 混合性難聴 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)
<input type="checkbox"/> 術 後 耳 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) |
| 鼓 膜 所 見 | (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり) | |
| 鼓膜穿孔 | (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) | 年1回以上の耳漏 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) |
| 鼓膜の位置が浅い | (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) | 鼓膜が薄く弱い (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) |
| 外耳道所見 | (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり) | |
| 後壁の欠損 | (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) | 著しく狭い (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) |
| 過度に曲がる | (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> なし) | 湿疹・疼痛 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 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。

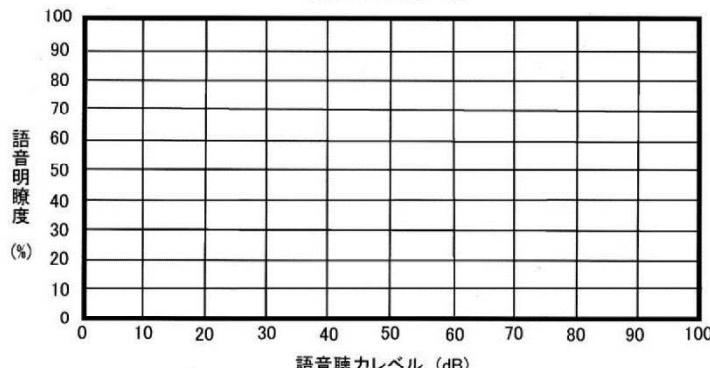
3. ことばの聞き取りに関する情報

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 | <input type="checkbox"/> 普通の大きさの声による対面会話は理解可能 |
| | <input type="checkbox"/> 少しだけ大きな声でゆっくり話せば理解可能 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 理解困難 <input type="checkbox"/> 理解可能 |
| 大きな騒音のない屋外での会話 | <input type="checkbox"/> 普通の大きさの声による対面会話が理解可能 |
| 騒音下での会話の弁別 | <input type="checkbox"/> 大きな声でゆっくり話せば対面会話が理解可能 |
| | <input type="checkbox"/> 極端に悪くなる <input type="checkbox"/> 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 はつきりしない 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があれば記入

※ 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 □よくなつた) 聴力の変化なし
 語音明瞭度が悪化した
 装用していても会話が聞き取りにくくなつた
 音が小さくなつた
 音質が悪くなつた(具体的に:)
 雑音がうるさくなつた
 韶くようになつた
 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 音が出たり出なかつたりする
 スイッチを入れると雑音がする 音が小さくなつた
 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、使用機種の再適合、装用耳変更、両耳装用への変更、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)

〈様式8〉

年分 医療費控除の明細書【内訳書】

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません。

住 所

氏 名

1 医療費通知に記載された事項

医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入します。

※医療保険者等が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6項目が記載されたものをいいます。

(例: 健康保険組合等が発行する「医療費の告知せ」)

(1)被保険者等の氏名、(2)療養を受けた年月、(3)療養を受けた者、(4)療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、(5)被保険者等が支払った医療費の額、(6)被保険者等の名称

(1) 医療費通知に記載された医療費の額	(2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額	(3) (2)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	円

2 医療費(上記1以外)の明細 「領収書1枚」ごとではなく、「医療を受けた方」「病院等」ごとにまとめて記入できます。

(1) 医療を受けた方の氏名	(2) 病院・薬局などの支払先の名称	(3) 医療費の区分	(4) 支払った医療費の額	(5) (4)のうち生命保険や社会保険などで補てんされる金額
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費	円	円
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		診療・治療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
2 の 合 計			②	③

医 療 費 の 合 計	A (ア+イ) 円	B (イ+エ) 円

3 控除額の計算

支払った医療費	(合計) 円
保険金などで補てんされる金額	
差引金額 (イ - ハ)	(マイナスのときは0円)
所得金額の合計額	
<i>D</i> × 0.05	(赤字のときは0円)
Eと10万円のいづれか少ない方の金額	
医療費控除額 (ハ - E)	(最高200万円、赤字のときは0円)

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

<様式 9 >

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
	<input type="checkbox"/> 特定健康診査	<input type="checkbox"/> がん検診	<input type="checkbox"/> ()
(2) 発行者名 (保険者、勤務先、市区町村、医療機関名など)			

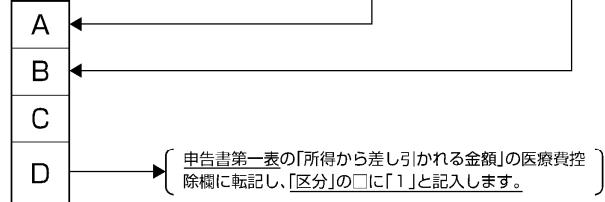
※取組に要した費用（人間ドックなど）は、控除対象となりません。

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

3 控除額の計算

支払った金額	(合計)	円
保険金などで補てんされる金額		
差引金額 (A - B)	(マイナスのときは0円)	
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)	



この明細書は、申告書と一緒に提出してください。