

※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。

氏 名

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保険者等の名称

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

※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。

2 医療費（上記1以外）の明細（つづき）

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

※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。

2 医療費（上記1以外）の明細（つづき）

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

※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。

2 医療費（上記1以外）の明細（つづき）

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

※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。

2 医療費（上記1以外）の明細（つづき）

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

※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。

2 医療費（上記1以外）の明細（つづき）

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。