

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

この資料は、令和6年12月1日現在の法律に基づき作成してあります。

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	6
4	保険金などで補填される金額	6
5	医療費控除を受けるための手続	7
6	誤りやすい事例	10
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	12
8	参考事項	15
<様式1>	介護保険サービスの対価に係る領収証	16
<様式2>	おむつ使用証明書	24
<様式3>	おむつ使用の確認書（2年目以降）	25
<様式4>	主治医意見書	27
<様式5>	ストマ用装具使用証明書	31
<様式6>	温泉療養証明書	32
<様式7>	補聴器適合に関する診療情報提供書（2018）	33
<様式8>	選定療養の「特別の料金」がある場合の領収証	36

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。）。

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

2 医療費控除の対象となる医療費

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（６）のとおりです。

へ 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及び認定特定行為業務従事者による特定行為

（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）障害者総合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

（４）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（所規40の3①二）

（５）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

（６）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 指定地域密着型介護老人福祉施設 介護老人保健施設 指定介護療養型医療施設 介護医療院	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 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	○ 日常生活費 ○ 特別なサービス費用

【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の居宅サービス等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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護 ○ 介護予防訪問看護 ○ 訪問リハビリテーション ○ 介護予防訪問リハビリテーション ○ 居宅療養管理指導 ○ 介護予防居宅療養管理指導 ○ 通所リハビリテーション ○ 介護予防通所リハビリテーション ○ 短期入所療養介護 ○ 介護予防短期入所療養介護 ○ 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する場合に限ります。） ○ 看護・小規模多機能型居宅介護（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。） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護（生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事の援助）中心型を除きます。） ○ 夜間対応型訪問介護 ○ 介護予防訪問介護 ○ 訪問入浴介護 ○ 介護予防訪問入浴介護 ○ 通所介護 ○ 地域密着型通所介護 ○ 認知症対応型通所介護 ○ 小規模多機能型居宅介護 ○ 介護予防通所介護 ○ 介護予防認知症対応型通所介護 ○ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ○ 短期入所生活介護 ○ 介護予防短期入所生活介護 ○ 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ります。） ○ 看護・小規模多機能型居宅介護（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。） ○ 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。） ○ 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。） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護（生活援助中心型） ○ 認知症対応型共同生活介護 ○ 介護予防認知症対応型共同生活介護 ○ 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等） ○ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ○ 介護予防地域密着型特定施設入居者生活介護 ○ 福祉用具貸与 ○ 介護予防福祉用具貸与 ○ 看護・小規模多機能型居宅介護（生活援助中心型の訪問介護の部分） ○ 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。） ○ 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。） ○ 地域支援事業の生活支援サービス

※ ②の居宅サービス等（①の居宅サービス等と併せて利用しない場合に限ります。）又は③の居宅サービス等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（居宅サービス等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。

（7）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。

【令和5年分以前】

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、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、①市町村が介護保険法に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、又は、②主治医意見書の写し（様式3及び4参照）により、おむつ使用証明書に代えることができます。

※ 上記の①又は②については、おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年（現に受けている要介護認定の有効期間が13ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限り。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「B1、B2、C1、又はC2」かつ「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められます。

【令和6年分以降】

おむつ代について医療費控除を受ける者が、次の1又は2に掲げる者の区分に応じて、それぞれ1又は2に掲げる要件を満たす場合には、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、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）により、寝たきり状態にあること、及び失禁への対応としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が発生している若しくはその発生可能性があることが確認できれば、おむつ使用証明書に代えることができます。

イ おむつ代について医療費控除を受けるのが1年目である者

その者がおむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定、及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限り。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限り。）を合算して6か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）において、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」がB1、B2、C1、若しくはC2（寝たきり）であり、かつ、「失禁への対応」としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。

※ 上記の要件を満たす主治医意見書に係る要介護認定の有効期間（当該年以降のものに限り。）における使用に係るおむつ代のみ医療費控除の対象として認められること。

ロ おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である者

おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が13ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治医意見書）において、上記1に掲げる事項の記載があること。

(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課個2-13「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）」

(8) 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」

(9) 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」

(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。

(11) 後発医薬品がある医薬品で、一部の先発医薬品の処方等又は調剤を希望した際に支払う「特別の料金」（令和6年10月から）

「特別の料金」については、対象となる先発医薬品の価格の一部に相当する金額を支払うものであることから、医療費控除の対象である「治療又は療養に必要な医薬品の購入の対価」に該当します。また、当該先発医薬品の処方等又は調剤の対価については、医師等の処方等又は調剤の下に購入されるものであること等に鑑み、「一般的に支出される水準を著しく超えない部分の金額」に該当するため、医療費控除の対象となります。

確定申告において、マイナポータル連携により取得する「医療費通知情報」や、各医療保険者等が発行する「医療費のお知らせ」等の保険診療に係るものに限ってその金額が記載される書類等を利用して医療費控除を適用する場合には、「特別の料金」が保険適用外部分の金額であることから、これらの書類や電子データに記載される金額には「特別の料金」が含まれないこととなります。このため、これらの書類や電子データを利用する場合には、別途、領収証から「特別の料金」の額を集計し、医療費の額に算入する必要があります。この「特別の料金」の額は、領収書（様式8参照）のように記載されております。

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（所基通73-3）

4 保険金などで補填される金額

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填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) 医療費の補填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填を目的として支払を受ける給付金

(注) 1 保険金などで補填される金額は、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。

2 保険金などで補填される金額が、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、その補填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、補填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又は②医療保険者（注2）若しくは審査支払機関（注3）（以下「医療保険者等」といいます。）から交付を受けた医療費通知書（注4）（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することが必要です（所法120④、所規47の2⑧⑨）（注5）。

なお、医療費控除の明細書の記載内容を確認するため、税務署長は、確定申告期限等から5年間、医療費の領収書（医療費通知書に係るものを除きます。）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）。そのため、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6、7）。

(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

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。

3 審査支払機関とは、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会をいいます。

4 医療費通知書とは、医療保険者等が発行する「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等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等から通知を受けた医療費通知情報でその医療保険者等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並びに医療費通知書に記載すべき事項が記録された電磁的記録を一定の方法により印刷した書面（QRコード付証明書）を含みます。

5 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）。

6 電子申告（e-Tax）により確定申告を行う場合には、医療費控除の明細書の記載事項を入力して送信することで、医療費控除の明細書の添付に代えることができます。

また、令和3年分以後の確定申告においては、電子申告（e-Tax）により確定申告を行う場合、医療費通知書の記載事項を入力して送信することで、医療費通知書の添付に代えることができます。この場合、税務署長は、確定申告期限等から5年間、医療費通知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。そのため、添付を省略した医療費通知書は、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。

7 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証明書の名称及び証明者の名称（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。

【参考】令和３年分以後の確定申告における医療費通知書の取扱い

発行者	交付方法	書面申告	電子申告
審査支払機関	書面	書面提出	・書面提出(別送) ・必要事項を入力し、添付省略(5年間保存)
	電子	QRコード付証明書の提出	・データ送信 ・QRコード付証明書の提出(別送) ・必要事項を入力し、添付省略(5年間保存)
保険者	書面	書面提出	・書面提出(別送) ・必要事項を入力し、添付省略(5年間保存)
	電子	QRコード付証明書の提出	・データ送信 ・QRコード付証明書の提出(別送) ・必要事項を入力し、添付省略(5年間保存)

(注) 「確定申告書等作成コーナー」のマイナンバーカード方式による e-Tax を利用する際に、「マイナポータル連携」によりマイナポータル経由で審査支払機関が発行する「医療費通知情報」データ (XML 形式) を取得し、確定申告書へ自動入力することができます。

この場合に、当該「医療費通知情報」を確定申告書データとともに添付書類データとして送信すれば、当該「医療費通知情報」に含まれる領収書を保存する必要はありません。

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の治療を行った場合、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填される金額があるにもかかわらず控除していない。

⇒ 明らかに補填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、補填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填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填金の額を他の医療費から差し引いている。

⇒ 保険金などで補填される金額は、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。

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 8 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）。

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。

$$\left(\begin{array}{l} \text{その年中に支} \\ \text{払った特定一般用医} \\ \text{薬品等購入費の総額} \end{array} - \begin{array}{l} \text{保険金などで} \\ \text{補填される} \\ \text{金額} \end{array} \right) - 1 \text{ 万 } 2 \text{ 千 円} = \begin{array}{l} \text{セルフメディケーション} \\ \text{税制に係る医療費控除額} \\ \text{（最高 8 万 8 千 円）} \end{array}$$

（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 17①）。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 ①⑦、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又は定期予防接種）

ハ 勤務先で実施する定期健康診断（いわゆる事業主健診）

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（いわゆるメタボ健診など）又は同法第 24 条の規定に基づき行われる特定保健指導

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）適用対象となる医薬品の範囲

セルフメディケーション税制の対象となる特定一般用医薬品等購入費とは、次の医薬品である一般用医薬品等（新医薬品に該当

するもの及び人の身体に直接使用されることのないものを除きます。)の購入の対価をいいます。(措法 41 の 17、措令 26 の 27 の 2、令 3 厚生労働省告示第 251 号および第 253 号、令 3 改正法附 38)

イ 平成 29 年 1 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日までに購入したもの

次の医薬品のうち、医療用薬剤との代替性が特に高いものとして厚生労働大臣が財務大臣と協議して定めるもの

(イ) その製造販売の承認の申請に際して既に承認を与えられている医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能、効果等が明らかに異なる医薬品

(ロ) その製造販売の承認の申請に際して(1)の医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能、効果等が同一性を有すると認められる医薬品

ロ 令和 4 年 1 月 1 日から令和 8 年 12 月 31 日までに購入したもの

(イ) 次の医薬品のうち、医療用薬剤との代替性が特に高いもの(令和 8 年 1 月 1 日以降に購入したものについては、その使用による医療保険療養給付費の適正化の効果が低いと認められる医薬品を除く。)として厚生労働大臣が財務大臣と協議して定めるもの

A その製造販売の承認の申請に際して既に承認を与えられている医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能、効果等が明らかに異なる医薬品

B その製造販売の承認の申請に際してイの医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能、効果等が同一性を有すると認められる医薬品

(ロ) その製造販売の承認の申請に際して(イ)の医薬品と同種の効能又は効果を有すると認められる医薬品のうち、その使用による医療保険療養給付費の適正化の効果が著しく高いと認められるものとして厚生労働大臣が財務大臣と協議して定めるもの

※ セルフメディケーション税制の対象とされるスイッチ OTC 医薬品およびスイッチ OTC 医薬品以外の一般用医薬品の具体的な品目一覧は、厚生労働省ホームページの「対象品目一覧」に掲載されています。

(4) 確定申告の手続等

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た上で、次のイの明細書を確定申告書に添付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(措法 41 の 17④、措法 41 の 17④による読み替え後の所法 120 ④、措規 19 の 10 の 2)。

なお、令和2年分以前の確定申告において、この特例の適用を受けるためには、次のイの明細書（イ（ハ）ないし（ヘ）の事項が記載されたもの。）を確定申告書に添付するとともに、次のロの書類（健診等に係る結果通知表等は、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。）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。

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、）に基づく、次の事項の記載がある明細書

（イ） 取組の名称

（ロ） 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

（ハ） 特定一般用医薬品等購入費の額

（ニ） 特定一般用医薬品等の販売を行った者の氏名又は名称

（ホ） その特定一般用医薬品等の名称

（ヘ） 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

（イ） 氏名

（ロ） 取組を行った年

（ハ） 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）。

2 明細書の記載内容を確認するため、税務署長は、確定申告期限等から5年間、特定一般用医薬品等購入費の領収書及び取組を行ったことを明らかにする書類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17④）。そのため、特定一般用医薬品等購入費の領収書及び取組を行ったことを明らかにする書類は、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。

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を含みません。）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>

<div> <div>(様式)</div> <div>指定介護老人福祉施設等利用料等領収証</div> <div>(令和 年 月 日)</div> </div>				
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 <div style="text-align: right;">印</div>		
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
うち医療費控除の対象となる金額 (①+②+③) × 1 / 2				円
領収年月日 令和 年 月 日				

(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

(令和 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
うち医療費控除の対象となる金額				円

領収年月日

令和 年 月 日

- (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

(令和 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				円
うち医療費控除の対象となる金額				円

領収年月日

令和 年 月 日

(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

(令和 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	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
うち医療費控除の対象となる金額		円		令和 年 月 日

(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。

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つては、「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つては、「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）

(令和 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		印 (住所 :)			
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		令和 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っ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。

令和 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 齢	
費用負担者	氏 名		続 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のAからオ、 又は2のAから ウの該当するも のに○をつけ る。2のAにつ いては、該当す る内容にも○を つける。）	<p>1 障害福祉サービス等（療養介護を除く。）</p> <p>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。）</p> <p>イ 重度訪問介護（アと同様の内容に限る。）</p> <p>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。）</p> <p>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。）</p> <p>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。）</p> <p>2 自立支援給付対象外のサービス</p> <p>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（ ）</p> <p>イ 訪問入浴サービス</p> <p>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。）</p>			
費用額	領収対象期間	令和 年 月 日 ～ 令和 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、准看護師(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>

おむつ使用証明書				
患 者	住 所			
	氏 名	様	性別	男・女
	生 年 月 日	(明・大・昭・平)	年	月 日生
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。)			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>医 師 氏 名 _____ 印</p> <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>

【令和5年分以前】

		(別紙1)	
		令和	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、令和 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	

		令和	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、令和 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			
		令和	年 月 日
2. 要介護認定の有効期間			
		令和	年 月 日 ~ 令和 年 月 日
3. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) (該当するものに○)			
		B 1	B 2 C 1 C 2
4. 尿失禁の発生可能性			
		あり	

【令和6年分以降】

(別紙1)

令和 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、令和 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、確認願います。

住所
氏名
被保険者番号

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○)

1年目 2年目以降

令和 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、令和 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

※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること。

令和 年 月 日

2. 要介護認定の有効期間(おむつ代の医療費控除を受けるのが1年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間(医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。)の全てを合算した期間)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

3. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)(該当するものに○)

※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に○をつけること。

B 1 B 2 C 1 C 2

4. 失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性

あり

※ おむつ代の医療費控除を受ける年数(該当するものに○)

1年目 2年目以降

<様式 4>

【令和5年分以前】

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)			
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 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____				
(1) 最終診察日	令和 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・令和	年	月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成・令和	年	月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成・令和	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ヶ月以内に変化のあったもの 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"/> レスビレーター	<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"/> M				
(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 <input type="checkbox"/> 自立しない				
②「B1～C2」(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)				
<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 ()				

(4) 精神・神経症状の有無
☐有 (症状名) ☐無
(有の場合) → 専門医受診の有無 ☐有 () ☐無

(5) 身体の状態
利き腕 (☐右 ☐左) 体重— kg 身長— cm 凡例

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	

☐関節の拘縮 ・肩関節 ☐右 ☐左 ・股関節 ☐右 ☐左
・肘関節 ☐右 ☐左 ・膝関節 ☐右 ☐左
☐失調・不随意運動・上肢 ☐右 ☐左 ・体 幹 ☐右 ☐左
・下肢 ☐右 ☐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
☐尿失禁 ☐転倒・骨折 ☐徘徊 ☐褥瘡 ☐嚥下性肺炎 ☐腸閉塞 ☐易感染性
☐心肺機能の低下 ☐痛み ☐脱水 ☐その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 **③「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。** (引いて下さい)
☐訪問診療 ☐訪問栄養食事指導
☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐その他 ()
☐訪問リハビリテーション ☐訪問歯科衛生指導
☐通所リハビリテーション ☐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 ☐特になし ☐あり ()
・嚥下について ☐特になし ☐あり ()
・摂食について ☐特になし ☐あり ()
・移動について ☐特になし ☐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)
☐有 () ☐無 ☐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。)

【令和6年分以降】

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	連絡先
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意				
医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____ 医療機関所在地 _____ FAX _____				
(1) 最終診察日	令和 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 ()			

おむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定又は当該認定を含む複数の要介護認定(有効期間が連続しているものに限る。)で、それらの有効期間(当該年以降のものに限る。)を合算して6か月以上となるものの審査にあたり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(特定疾病または生活機能低下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・令和 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成・令和 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 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響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)	

失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性のいずれかに該当していること。

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"/> 呼吸器管理 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・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"/> 見守り必要
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的表現に依る <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<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 ()
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 症状名: _____	(専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無)

「B1～C2」(寝たきり)であること。

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針

(4) サービス利用の意向

□不明

(5) 医学的マネジメント

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス ()

□特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

□血圧 () □摂食 () □嚥下 ()

□移動 () □運動 () □その他 ()

□特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

(令和3年度改訂版)

<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	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	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>令和 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;">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>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;">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 : _____ 健康運動指導士登録番号 : _____</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 っ た } ことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">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なった(行なっている)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)

令和 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

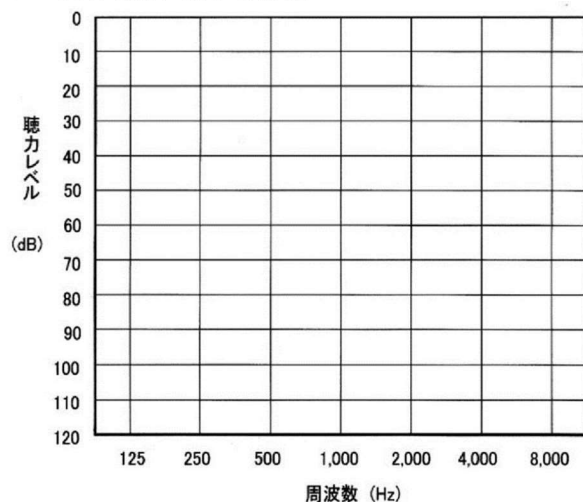
氏 名 _____ 様 年 齢 _____ 歳 男 女 職 種 _____

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

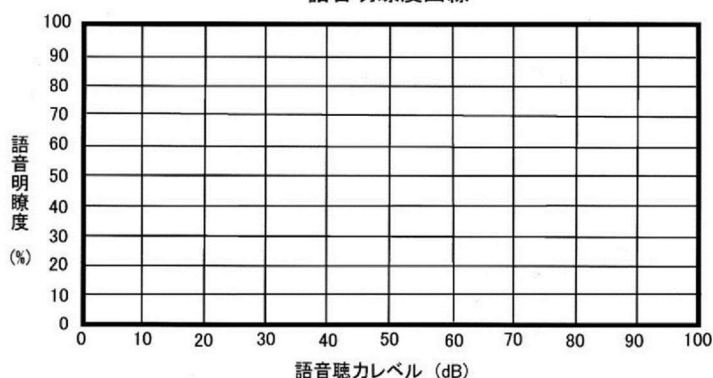
最高(最良)語音明瞭度

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ディ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
☐ 装用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 ☐ ボリウムが働かない
☐ 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、使用機種の新適合、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)

(別紙様式1)

領 収 証

(医科診療報酬の例)

請求期間 (入院の場合)

年 月 日 ~ 年 月 日

患者番号

氏 名

様

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	その他	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養		
	点	点	点	円	円		

保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)

保 険	保 険 (食事・生活)	保 険 外 負 担
合 計	円	円
負担額	円	円
領収額 合 計		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇〇-〇〇

〇〇〇病院 〇〇〇〇

領収印

(注) 厚生労働省通知「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について (令和6年3月5日保発0305第11号)」より。

