

確定申告計算明細書（令和4年分用）

氏名[_____]

● 社会保険料控除

国民健康保険	
国民年金	
国民年金基金	
介護保険	
後期高齢者医療保険	
労働保険	
合計	

小規模企業共済	
---------	--

事業主のマイナンバー

_____, _____, _____ _____, _____, _____ _____, _____, _____

ご相談の際
この「明細書」に記入してご持参ください。
マイナンバーの記入をお忘れなく！



● 生命保険料控除

（新）【一般の保険料】 8万円に達するまで記入

保険会社名	支払保険料
合計	

（新）【個人年金保険料】 8万円に達するまで記入

保険会社名	支払保険料
合計	

【介護医療の保険料】 8万円に達するまで記入

保険会社名	支払保険料
合計	

（旧）【一般の保険料】 10万円に達するまで記入

保険会社名	支払保険料
合計	

（旧）【個人年金保険料】 10万円に達するまで記入

保険会社名	支払保険料
合計	

● 地震保険料控除

【地震保険の保険料】

保険会社名	種類	支払保険料
	地震・長期	

● 配偶者・扶養家族

ひとり親に該当する方はチェックしてください →

氏名	続柄	生年月日	マイナンバー
			_____, _____, _____ _____, _____, _____ _____, _____, _____
			_____, _____, _____ _____, _____, _____ _____, _____, _____
			_____, _____, _____ _____, _____, _____ _____, _____, _____
			_____, _____, _____ _____, _____, _____ _____, _____, _____

● 専従者

氏名	続柄	生年月日	マイナンバー
			_____, _____, _____ _____, _____, _____ _____, _____, _____

● 公的年金等の受取のある方

名称	収入金額
厚生労働省年金局	

● 給与所得のある方

源泉徴収票をご持参ください

● 寄附金控除（ふるさと納税など）のある方

寄附金受領証明書、領収書をご持参ください

ふるさと納税合計金額 円

● 医療費控除のある方

支払った医療費の額	補てんされた額	差し引き負担額

裏面へ

医療費控除の明細書です。

（領収書はご自宅に保管ください）

令和4年分

医療費控除の明細書

住所 _____ 区市

氏名 _____

医療を受けた方の氏名	病院・薬局などの 支払先の名称	医療費の区分	支払った医療費の額	保険金などで 補てんされる金額
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
		<input type="checkbox"/> 診療・医療 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> その他の医療費		
合 計			ウ	エ