

所得税の確定申告準備書類チェックリスト

収入に関する書類等 ※事業、不動産事業以外の方は③へ

①事業収入

チェック

| | |
|--|--------------------------|
| 売上の確認資料(請求書控、売上日報、売掛金明細表、支払調書など) | <input type="checkbox"/> |
| 売掛金の年末の残高がわかるもの(売掛金一覧表など) | <input type="checkbox"/> |
| 自家消費したものがわかるもの | <input type="checkbox"/> |
| 経費の確認資料(領収書、請求書、買掛金明細書、カード利用明細書など) | <input type="checkbox"/> |
| 買掛金、未払金の年末残高がわかるもの(買掛金一覧表など) | <input type="checkbox"/> |
| 1月～12月中に支払った給与にかかる所得税の納付書【控】及び給与明細(貸金台帳など) | <input type="checkbox"/> |
| 報酬等の支払調書【原本】 | <input type="checkbox"/> |
| 棚卸資産の年末の金額がわかるもの(棚卸表等) | <input type="checkbox"/> |
| 事業用預貯金の残高証明書(12月末現在) | <input type="checkbox"/> |
| 現金出納帳、通帳の写し、他伝票など(事前に記帳点検お願い致します。) | <input type="checkbox"/> |
| 固定資産台帳 | <input type="checkbox"/> |
| 新たに取得した10万円以上の資産について購入価格等の詳細がわかるもの(購入明細書等) | <input type="checkbox"/> |
| 事業用の借入金の元本と利息の内訳がわかるもの(借入金返済予定表など) | <input type="checkbox"/> |
| 事業用借入金の残高証明書(12月末現在) | <input type="checkbox"/> |
| ※その他の必要資料をお願いすることもあります。 | <input type="checkbox"/> |

②事業用の固定資産の売却がある場合

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 譲渡した事業用の減価償却資産について譲渡価格等の詳細がわかるもの | <input type="checkbox"/> |
| 譲渡するために直接かかった運送費など費用の領収書 | <input type="checkbox"/> |

③個人事業以外の収入

令和5年中に下記の項目にあてはまるものがある場合はそれぞれ資料をご用意ください。
(必要な資料は、受取った金額がわかるものとそのために係った支払金額がわかるものです。)

| | |
|---|--------------------------|
| ① 地代や家賃などの収入としてお金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ② 給与としてお金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ③ 退職金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ④ 公的年金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 原稿料や講師料などの名目でお金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 保険会社やかんぽ生命、小規模企業共済などから満期金、解約返戻金、年金等の名目でお金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ 投資している株式や出資金について、配当金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ 投資商品(株式や投資信託、金やプラチナなど)の売却(償還)により、お金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ 保有していた土地や建物などを売った、あるいは他の資産と交換した。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑩ 立ち退きをして、お金を受取った。 | <input type="checkbox"/> |
| ⑪ 上記以外でお金を受取ったものがある。(個人事業の収入に該当するものは除く。) | <input type="checkbox"/> |

◎上記は一部です。その年の収入状況等に応じて、この他の必要書類等が生じる場合もございます。

ご家族の状況について

| | フリ 氏 ガナ 名 | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | 続柄 | 生年月日 | 1. 同居・別居 | 2. 障害者 | 3. 収入の有無 | 4. 源泉徴収票 | |
|------|--------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|------|-------------|-----------|-------------|-------------|---|
| ご本人 | | | | | | | | | | | | | | / | T S H R . . | / | 障害・特別 | / | / |
| 配偶者 | | | | | | | | | | | | | | / | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |
| 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | T S H R . . | 同居・別居 | 障害・特別 | 有 | 有 |

※1.2.3.4について該当があれば○をしてください。

※源泉徴収票の添付をお願い致します。

保険料の支払状況

①社会保険料

| 社会保険の種類 | 支払保険料 |
|-----------|-------|
| 源泉徴収票の記載額 | |
| 国民年金 | |
| 国民年金基金 | |
| 国民健康保険税 | |
| 介護保険料 | |
| 後期高齢者医療保険 | |
| その他() | |
| | |

②小規模企業共済等掛金

| 種類 | 支払掛金 |
|---------|------|
| 小規模企業共済 | |
| その他() | |

③生命保険料

| 保険会社等 | 生命保険の区分 | 支払保険料 |
|-------|----------------------------|-------|
| | 生保(新・旧) ・ 個人年金(新・旧) ・ 介護医療 | |
| | 生保(新・旧) ・ 個人年金(新・旧) ・ 介護医療 | |
| | 生保(新・旧) ・ 個人年金(新・旧) ・ 介護医療 | |
| | 生保(新・旧) ・ 個人年金(新・旧) ・ 介護医療 | |
| | 生保(新・旧) ・ 個人年金(新・旧) ・ 介護医療 | |
| | 生保(新・旧) ・ 個人年金(新・旧) ・ 介護医療 | |

④地震保険料等

| 保険会社等 | 区分 | 支払保険料 |
|-------|--------------|-------|
| | 地震 ・ 旧長期損害保険 | |
| | 地震 ・ 旧長期損害保険 | |
| | 地震 ・ 旧長期損害保険 | |

寄付金の支払状況

①ふるさと納税

| 寄付年月日 | 寄付先の所在地 | 寄付先の名称 | 金額 |
|-------|---------|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

②政党等への寄付している場合

| 寄付年月日 | 寄付先の所在地 | 寄付先の名称 | 金額 |
|-------|---------|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

住宅ローン等のある方

| | |
|--|------------------------------------|
| (住宅ローン) | |
| ○ 令和5年中にローンを組んで住宅を購入（建築・増改築を含みます）されている場合 | |
| 住宅借入金の年末残高証明書【原本】 | 借入先の銀行 <input type="checkbox"/> |
| 売買契約書、請負契約書(新築・増築)の写し | 契約先 <input type="checkbox"/> |
| 住民票の写し | 市町村 <input type="checkbox"/> |
| 家屋・土地の登記簿謄本(または抄本) | 法務局 <input type="checkbox"/> |
| ○ 前年以前に申告済みの住宅ローンがある場合 | |
| 住宅借入金の年末残高証明書【原本】 | 借入先の銀行 <input type="checkbox"/> |
| (特定増改築等)住宅借入金等特別控除額の計算書【控】 | 申告時の資料 <input type="checkbox"/> |
| 給与所得者の(特定増改築等)住宅借入金等特別控除申告書 | (お持ちの方のみ) <input type="checkbox"/> |
| (災害修復) | |
| ○ 災害や盗難、横領にあわれ、修復などへかかった支払いがある場合 | |
| 損失額の明細書【原本】（税務署様式で作成） | <input type="checkbox"/> |
| 罹災証明書、盗難証明書【原本】 | 市町村、警察署 <input type="checkbox"/> |
| 災害関連支出の領収書 | 支払先 <input type="checkbox"/> |
| 保険金などで補填された金額のわかるもの | 保険会社など <input type="checkbox"/> |
| (税金納付) | |
| ○ 予定納税をしている場合 | |
| 予定納税額(第1期・第2期)がわかるもの(予定納税の通知書等) | 税務署 <input type="checkbox"/> |
| ⇒ 前回申告時に電子申告された方は、予定納税額記載の申告書が送付されません | |

◎上記のうち該当する書類等をご持参ください。

◎【原本】と書かれた書類の原本がお手元にない場合は、事前に発行元にお問い合わせいただき、再発行を依頼してください。

◎ご不明な点がございましたら、当事務所へお問合せください。

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「医療費のお知らせ」)

- 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 ㉞ | 円 ㉟ | 円 ㊱ |

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 |
|----------------|--------------------|---|---------------|--------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> 診療・治療 <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 | 円 | 円 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2 の 合 計 | | | ㉞ | ㊱ |

| | | | | |
|--------|---|---------|---|---------|
| 医療費の合計 | A | (㉞+㉟) 円 | B | (㊱+㊲) 円 |
|--------|---|---------|---|---------|

3 控除額の計算

| | | |
|--------------------|--------------------|---|
| 支払った医療費 | (合計) 円 | A |
| 保険金などで補てんされる金額 | | B |
| 差引金額 (A - B) | (マイナスのときは0円) | C |
| 所得金額の合計額 | | D |
| D × 0.05 | (赤字のときは0円) | E |
| Eと10万円のいずれか少ない方の金額 | | F |
| 医療費控除額 (C - F) | (最高200万円、赤字のときは0円) | G |

申告書第一表の「所得金額等」の合計欄の金額を転記します。
(注) 次の場合には、それぞれの金額を加算します。
 ・ 退職所得及び山林所得がある場合・・・その所得金額
 ・ ほかに申告分離課税の所得がある場合・・・その所得金額(特別控除前の金額)
 なお、損失申告の場合には、申告書第四表(損失申告用)の「4 繰越損失を差し引く計算」欄の㉟の金額を転記します。

申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

重要なお知らせ

平成29年分の確定申告から、「医療費控除の明細書」の添付が必要となり、医療費の領収書の添付又は提示は必要ありません。ただし、明細書の記入内容の確認のため、確定申告期限等から5年間、税務署から領収書（医療費通知に係るものを除きます。）の提示又は提出を求める場合がありますので、領収書はご自宅等で保管してください。

医療費控除の明細書の記載要領

この明細書は、所得税法第73条（医療費控除）の適用を受ける場合に使用します。この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制による医療費控除の特例を受けることができませんので、ご注意ください。

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、(1)～(3)を記入します。

※ 1 医療費通知とは、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、次の事項が記載されたものをいいます。

- 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

※ 2 自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費に関する医療費通知に限りです。

※ 3 医療費通知に保険者番号及び被保険者等記号・番号の記載がある場合、その番号部分を復元できない程度に塗り潰してください。

(1) 「医療費通知に記載された医療費の額」欄

自己が負担した医療費の合計額を記入します。通知が複数ある場合は、全て合計し記入します。

(2) 「(1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額」欄

(1)の医療費のうち、その年中に実際に支払った医療費の合計額を記入します。

※ 医療費通知に記載された医療費の額は、実際に支払った金額と異なる場合がありますので、領収書をご確認ください。

(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」欄

生命保険契約、損害保険契約又は健康保険法の規定等に基づき受け取った保険金や給付金（入院費給付金、出産育児一時金、高額療養費など）がある場合に、その金額を記入します。

※ 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けません。

保険金などで補てんされる金額が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、その保険金などの見込額を記載します。後日、保険金などを受け取った際に、その額が見込額と異なるときは、申告内容を訂正してください。

記入例

| (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 |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 176,584 円 | 153,300 円 | 円 |

医療費通知に記載された自己負担額の合計額を記入します。

(1)で記入した医療費のうち、その年中に実際に支払った金額を領収書等で確認し、合計額を記入します。

(2)の医療費について、保険金などを受け取った場合は、その金額を記入します。

2 医療費(上記①以外)の明細

その年中に自己又は生計を一にする配偶者その他の親族のために支払った医療費について、領収書から必要事項を記入します。なお、「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 医療費通知に記載された事項」に記入したものについては、記入しないでください。)

(1) 「医療を受けた方の氏名」欄

医療を受けた方の氏名を記入します。

(2) 「病院・薬局などの支払先の名称」欄

診療を受けた病院や医薬品を購入した薬局などの支払先の名称を記入します。

(3) 「医療費の区分」欄

医療費の内容として該当するものを全てチェックします。

(4) 「支払った医療費の額」欄

医療費控除の対象となる金額を記入します。

(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」欄

上記①(3)と同様です。

例) 国税太郎さんが〇△病院に入院した場合

2月18日 診療：6,500円 通院費(JR、〇〇バス) 往復780円
5月28日 診療：5,500円 通院費(JR、〇〇バス) 往復780円
〇△病院計：12,000円 通院費計：1,560円

※ 「□その他の医療費」欄は、例えば、通院費、医療器具の購入(いずれも通常必要なものに限ります。)などがある場合にチェックします。

※ 通院費の支払先が乗り継ぎ等により複数ある場合には、記入例のようにまとめて記入しても差し支えありません。

※ 控除の対象となる医療費の範囲など、詳しくはパンフレット「医療費控除を受けられる方へ」や国税庁ホームページをご覧ください。

記入例

| (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 |
|----------------|--------------------|--|---------------|--------------------------------|
| 国税 太郎 | 〇△病院 | <input checked="" type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他の医療費 | 12,000 円 | 円 |
| // | JR、〇〇バス | <input type="checkbox"/> 診療・治療 <input type="checkbox"/> 医薬品購入 <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療費 | 1,560 | 円 |

添付又は提示が必要な書類

- この「医療費控除の明細書」（添付）
- 医療費通知（原本）「1 医療費通知に記載された事項」に記入したものに限りです。（添付）
- 次の費用について医療費控除を受ける場合は、それぞれ該当する書類を取得する必要があります。

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③証明者の名称（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年間ご自宅等で保存する必要があります。

◎ 寝たきりの人のおむつ代

※ おむつ代について医療費控除を受けることが2年目以降で介護保険法の要介護認定を受けている一定の人は、市町村長等が交付するおむつ使用の確認書を「おむつ使用証明書」に代えることができます。

医師が発行した「おむつ使用証明書」

◎ 温泉利用型健康増進施設の利用料金

温泉療養証明書

◎ 指定運動療法施設の利用料金

運動療法実施証明書

◎ ストマ用装具の購入費用

ストマ用装具使用証明書

◎ B型肝炎患者の介護に当たる同居の親族が受ける同ワクチンの接種費用

医師の診断書(その患者がB型肝炎にかかっており、医師による継続的治療を要する旨の記載のあるもの)

◎ 白内障等の治療に必要な眼鏡の購入費用

処方箋(医師が、白内障等一定の疾病名と治療を必要とする症状を記載したもの)

◎ 市町村又は認定民間事業者による在宅療養の介護費用

在宅介護費用証明書

医療費控除に関する詳しいことは、パンフレット「医療費控除を受けられる方へ」や国税庁ホームページをご覧ください。

医療費通知などの書類を添付する場合は、こちらに貼ってください。