

# 申告書の記載例

(配偶者・給与・個人年金・年金・医療費・社会保険料・生命保険料・地震保険料がある方)

例示箇所以外の記載については、「申告の手引」を参照してください。

## 項目ごとの記入方法

- 住所、氏名、フリガナ、生年月日、個人番号（マイナンバー）、勤務先、日中の連絡先の電話番号を記入
- 本人該当事項、配偶者や扶養親族の氏名、生年月日、同居の有無、個人番号（マイナンバー）を記入し、障害者に該当する場合は手帳等の種別を○で囲み、等級を記入（この場合、手帳のコピーを添付して下さい。）
- 給与所得の源泉徴収票の「支払金額」欄に記載されている金額を転記
- 個人年金の年金支払証明書の「年金額」欄に記載されている金額を転記
- 個人年金の年金支払証明書の「必要経費」欄に記載されている金額を転記
- 個人年金の年金支払証明書の「雑所得金額」欄に記載されている金額を転記
- 公的年金等の源泉徴収票の「支払金額」欄に記載されている金額を転記

令和5年分 給与所得の源泉徴収票

支払を受ける者 南區満舟町2-33

氏名 フリガナ ヨコハマ タロウ  
氏名 横濱 太郎

支払金額 1,000,000

支払者 中區〇〇町△丁目×番地  
〇〇株式会社

年金支払証明書 被保険者 横濱 太郎 様  
令和5年中に支払った年金の内容

年金額	650,000円
配当金等	0円
必要経費	350,000円
雑所得金額	300,000円
源泉徴収税額	30,630円

令和5年分 公的年金等の源泉徴収票

支払を受ける者 南區満舟町2-33

氏名 フリガナ ヨコハマ タロウ  
氏名 横濱 太郎

支払金額 3,000,000

支払者 〇〇株式会社

第42号様式(その1) 令和6年度 市民税・県民税申告書

令和6年1月1日現在の住所 南區満舟町2-33

フリガナ ヨコハマ タロウ  
氏名 横濱 太郎

明・大 昭・平・令・西暦 26年1月1日生  
個人番号 1111111111111111

電話番号 045-123-4567

現在の勤務先又は事業所の所在地・名称 〇〇株式会社

本人該当事項 (該当するときは○印で囲ってください。)

1 寡婦・ひとり親 (死別・離婚・生死不明) 2 障害者 (身・精・愛・認) 3 勤労学生 (学校名)

氏名 横濱 花子 明・大 昭・平・令・西暦 31年5月5日生 障害者(身・精・愛・認) 1級  
同居 有・無 個人番号 2222222222222222

配偶者特別控除を受ける場合は配偶者の合計所得金額を右欄に記入してください。

氏名 続柄 明・大 昭・平・令・西暦 年月 日生 障害者(身・精・愛・認) 級  
同居 有・無 個人番号  
明・大 昭・平・令・西暦 年月 日生 障害者(身・精・愛・認) 級  
同居 有・無 個人番号  
明・大 昭・平・令・西暦 年月 日生 障害者(身・精・愛・認) 級  
同居 有・無 個人番号

種目	① 収入金額	② 必要経費	③ 青色申告特別控除額	所得金額(①-②-③)
営業等				
農業				
不動産				
配当金				
雑所得	③ 1,000,000	④ 650,000	⑤ 350,000	⑥ 300,000
合計	①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩+⑪+⑫			

2 令和5年中に所得のなかった人は、この欄に同年中の生活状況等を記入してください。

1 仕送りを受けていた、扶養されていた(仕送り・扶養していた人の住所・氏名・続柄) 住所 氏名 あなたの続柄 年在学中(年 月卒業予定)

2 学生である(令和6年1月1日現在) 学校名 学部 学科 年在学中(年 月卒業予定)

3 次のいずれかに該当する  
 遺族年金(恩給)を受給  
 障害年金を受給  
 傷病手当等を受給  
 雇用保険を受給  
 生活保護などの公的扶助で生活

4 その他(生活状況を詳しく書いてください、預貯金で生活等)

給与所得・公的年金等に係る所得以外(令和6年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の所得に係る住民税の納税方法について  
 1 普通徴収 自分で住民税を納付する方法  
 2 特別徴収 給与から住民税を差引きする方法

## 項目ごとの記入方法

**【注意】** 医療費控除を申告される方は、医療費控除の明細書を必ず作成して提出してください。  
領収書の提出のみでは、控除は受けられません。

- ⑧ 医療費控除の明細書の「(A)：支払った医療費」欄に記載した金額を転記
- ⑨ 医療費控除の明細書の「(B)：保険金などで補てんされる金額」欄に記載した金額を転記
- ⑩ 医療費控除の明細書の「(C)：差引金額」欄に記載した金額を転記
- ⑪ 国民健康保険料年間納付済額のお知らせに記載されている「年間合計」額を転記
- ⑫ 介護保険料年間納付済額のお知らせに記載されている「年間合計」額を転記※  
※扶養親族の社会保険料を申告する場合は、「(普通徴収分)」に記載されている金額のみ納税義務者の申告に使用できます。
- ⑬ 生命保険料控除証明書に記載されている保険の種類や適用制度に該当するものを○で囲う
- ⑭ 契約している保険会社名を記入
- ⑮ 生命保険料控除証明書に記載されている申告額を区分ごとに転記
- ⑯ 地震保険料控除証明書に記載されている保険の種類に該当するものを○で囲う
- ⑰ 契約している保険会社名を記入
- ⑱ 地震保険料控除証明書に記載されている控除対象保険料を転記

●●● お手元の資料から転記します ●●●

令和6年度(令和5年分)医療費控除の明細書(一般分)  
※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制(特例分)は受けられません

住所 **南区満舟町2-33** 氏名 **横浜 太郎**

1 医療費通知に関する事項  
医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入します。

(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

※医療費控除が実行される医療費の額を通知する書類で、次の6事項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医療を受けた年月、③医療を受けた者、④医療を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被保険者が支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

※③について、医療費控除(10割分の額)しか記載されていない場合は、この申告の添付資料としては使用できません。③の医療費の明細に改めて記載してください。ただし、医療費通知に自己負担額を補充記入した場合は、この申告の添付資料として使用することができます(いずれの場合も、法定納期限の日から5年以内、医療費の領収書はご自宅等で保管してください)。

※②について、公費負担医療制度や医療費助成等により実際に負担しなかった金額がある場合は、医療費通知に記載された金額(2X1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額(2)に実際に支払った医療費の合計額を記載してください。  
※医療費通知に記載のない医療費(医療費通知への反映が間に合わない医療費、自由診療に部分される診療、薬局での医薬品購入など)については、領収書に基づき「2 医療費の明細」へ記載してください(法定納期限の日から5年以内、医療費の領収書はご自宅等で保管してください)。

2 医療費(上記1以外)の明細  
「医療を受けた方の氏名」、「病院・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。上記1に記入したのものについては、記入しないでください。

(1) 医療を受けた方の氏名	(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
横浜 太郎	××病院	診察費・治療費 口医療費補助金 口医薬品購入 口その他の医療費	100,000 円	
		診療・治療 口診療・治療 口医薬品購入 口その他の医療費		
		診療・治療 口診療・治療 口医薬品購入 口その他の医療費		
2 の合計			200,000 円	50,000 円

3 医療費の合計

(A)：支払った医療費(①+②)	(B)：保険金などで補てんされる金額(③+④)	(C)：差引金額(①-③)
(合計) 200,000 円	50,000 円	150,000 円

(注：点：一般分・特例分共通)  
※ 医療費控除の申告を行う場合は、医療費控除の明細書又はセルフメディケーション税制の明細書を作成し、申告書に添付してください(医療費又は医薬品購入額の徴収書の添付又は提示の必要はありません)。ただし、明細書の記入内容の確認のため、法定納期限の日から5年以内、当該適用に係る領収書(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。  
※ 明細権が不足する場合は、ご自身でご用意いただいた用紙に続きを記載してください。本市ウェブサイトからダウンロード・印刷することもできます。  
※ 医療費控除の明細書及びセルフメディケーション税制の明細書の記載要領については、本市ウェブサイトに掲載しております。  
※ この明細書は、一般分(通常分)の医療費控除の申告を行う場合に、切り取って(または、複写して)ご使用ください。特例分(セルフメディケーション)の医療費控除の申告を行う場合は、セルフメディケーション税制の明細書は本市ウェブサイトに掲載しておりますので、ダウンロード・印刷してご使用ください。

### 国民健康保険料年間納付済額のお知らせ

被保険者証番号

世帯主 **横浜 太郎 様**

令和5年中(1月1日~12月31日の間)に  
納付した保険料額

⑪ 年間合計	250,000 円
(普通徴収分)	250,000 円
(特別徴収分)	0 円

### 介護保険料年間納付済額のお知らせ

被保険者番号

被保険者氏名 **横浜 太郎 様**

令和5年中(1月1日~12月31日の間)に  
納付した保険料額

⑫ 年間合計	98,000 円
(普通徴収分)	0 円
(特別徴収分)	98,000 円

令和5年分地震保険料控除証明書

⑯ 保険種類 **地震保険** 保険の対象 **建物**

⑱ 控除対象保険料 **20,000 円**

### 3 給与の内訳

源泉徴収票のない人は、この内訳欄に令和5年中の給与を記入してください。

月	月 額 (円)	社会保険料 (円)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
合計(年間収入)		
勤務先 名称		
所在地		
連絡先		

### 4-1 所得から差し引かれる金額

損傷の原因	損害年月日	(A) 損害金額	雑損控除額
雑損控除	年月日	円	◎-[表面⑩×10%] 又は 災害関連支出の金額-5万円 のいずれか多い方の金額
医療費		(A) 支払った医療費	医療費控除額
		200,000 円	◎-[表面⑩×10%] 又は 災害関連支出の金額-5万円 のいずれか多い方の金額
		(B) 保険金などで補てんされる金額	
		50,000 円	
		(C) 差引金額 (A)-(B)	
		150,000 円	
		(D) 特別分(セルフメディケーション)	
		12,000 円	
国民健康保険	支払った保険料	250,000 円	社会保険料控除額
後期高齢者医療保険			
介護保険		98,000 円	
国民年金・国民年金基金			
給与から差し引かれた保険料			
その他(建設国保・任意継続等)			
小規模企業共済等掛金控除	支払った小規模企業共済掛金(旧第2種共済掛金を除きます。確定拠出年金法に規定する企業型年金加入者掛金、個人型年金加入者掛金(DeCoイデコ)及び心身障害者扶養共済掛金の合計額)		小規模企業共済等掛金控除額

### 4-2 所得から差し引かれる金額

※生命保険料控除や地震保険料控除を申告する場合は、証明書などを添付又は提示してください。

保険の種類	新・旧の区分	保険会社名	支払った保険料(a)	(a)のうち保険の種類ごとの支払った生命保険料の合計
一般生命保険	新・旧	〇〇保険(株)	8,000 円	新一般生命保険
一般生命保険	新・旧	〇〇保険(株)	20,000 円	旧一般生命保険
一般生命保険	新・旧	〇〇保険(株)		新個人年金保険
一般生命保険	新・旧	〇〇保険(株)		旧個人年金保険
一般生命保険	新・旧	〇〇保険(株)		介護医療保険
地震保険	新・旧	△△保険(株)	20,000 円	支払った地震保険料等の合計
地震保険	新・旧	△△保険(株)		(b)のうち地震保険料の計
地震保険	新・旧	△△保険(株)		(b)のうち旧長期損害保険料の計

### 令和5年分 生命保険料控除証明書

適用制度：新制度

ご契約者名：横浜 太郎 様

一般	一般生命保険料	配当金	一般証明額
	4,000 円	0 円	4,000 円
介護	介護医療保険料	配当金	介護医療証明書
	10,000 円	0 円	10,000 円
一般	年間一般生命保険料	配当金	一般申告額
	8,000 円	0 円	8,000 円
介護	年間介護医療保険料	配当金	介護医療申告額
	20,000 円	0 円	20,000 円