

2004年1月30日

非血縁者間骨髄移植認定診療科
連絡責任医師 各位

財)骨髄移植推進財団
移植調整部

患者負担金の医療費控除適用に伴う患者様宛ご案内について

拝啓 平素より骨髄バンク事業にご理解、ご協力を賜り誠にありがとうございます。
さて、2003年12月26日に発令されました健臓発第1226001号通達により、患者負担金につきましても医療費控除が適用されることになりました。登録患者様およびご家族様宛てに2004年2月2日付けで、添付のとおりご案内いたしましたので、ここにご報告申し上げます。

敬具

お問合せ先：財)骨髄移植推進財団 移植調整部

TEL: 03-5280-4771

FAX: 03-5280-3856

平成 16 年 2 月 2 日

患者様、ご家族の皆様

財団法人 骨髄移植推進財団

事務局長 大石 源 誌

患者負担金の医療費控除適用について

平成 15 年度税制改正において、非血縁者間骨髄移植のあっせんに係る患者負担金について、医療費控除が適用されることとなりました。

平成 15 年 1 月～12 月に当財団にお支払いただきました患者負担金につきましても控除の対象となります。該当される患者様に対しまして、確定申告の際に必要な医療費控除用の領収書を送付いたしますので、ご査収下さいますようお願い申し上げます。

医療費控除のご説明

(財)骨髄移植推進財団にお支払いただきました患者負担金は、医療費控除の対象となる医療費に該当いたします。

平成 15 年中に支払った医療費が一定金額以上ある場合には、確定申告を行うことによって所得から控除されます。

医療費控除を受けるためには、同封いたしました「非血縁者間骨髄移植患者登録証明書兼患者負担金領収書」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。

医療費控除額の計算方法

$$\begin{array}{r} \boxed{\text{その年中}} \\ \boxed{\text{に支払った医療}} \end{array} - \begin{array}{r} \boxed{\text{保険金などで}} \\ \boxed{\text{補てんされる金額}} \end{array} = \boxed{\text{A}}$$

$$\boxed{\text{A}} - \begin{array}{r} \boxed{\text{10万円または}} \\ \boxed{\text{所得金額の5\%}} \\ \boxed{\text{(どちらか少ない額)}} \end{array} = \boxed{\text{医療費控除額}} \\ \boxed{\text{(最高200万円)}}$$

(注)保険金などで補てんされる金額とは、社会保険などから支給を受ける療養費、出産育児一時金などのほか、医療費の補てんを目的として支払を受ける損害賠償金や生命保険契約などの医療保険金、入院費給付金などのことです。