

令和5年分 給与所得者の保険料控除申告書

所轄税務署長 税務署長	給与の支払者の 名 称 (氏 名)		(フ リ ガ ナ)	
	給与の支払者の 法 人 番 号	※この申告書の提出を受けた給与の支払者(個人を除きます。)が記載してください。		あなたの氏名
	給与の支払者の 所在地 (住 所)			あなたの住所 又 は 居 所



※ 申告する内容は裏面に記入してください
※ 保険料等の証明書は別紙貼付け台紙に貼付してください

◎この申告書の記載に当たっては、裏面の説明をお読みください。

※ 数字を機械で読み取るため、金額は、はっきりわかりやすく書いて下さい

令和5年分 給与所得者の保険料控除申告書

生命保険料控除	保険会社等の名称	保険等の種類	保険期間又は年金支払期	保険等の契約者の氏名	保険金等の受取人		新	旧	あなたが本年中に支払った保険料等の金額(分配を受けた剰余金等の控除後の金額) (a) 円	給与の支払者の確認
					氏名	あなたとの続柄				
一般の生命保険料							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	(a)のうち新保険料等の金額の合計額	A	Aの金額を下の計算式Ⅰ(新保険料等)に当てはめて計算した金額		①	(最高40,000円)	計(①+②) ③		(最高40,000円)	
	(a)のうち旧保険料等の金額の合計額	B	Bの金額を下の計算式Ⅱ(旧保険料等)に当てはめて計算した金額		②	(最高40,000円)	②と③のいずれか大きい金額 ④			
介護医療保険料									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
	(a)の金額の合計額	C	Cの金額を下の計算式Ⅰ(新保険料等)に当てはめて計算した金額		⑤	(最高40,000円)				
個人年金保険料					支払開始日	・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					支払開始日	・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					支払開始日	・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					支払開始日	・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	(a)のうち新保険料等の金額の合計額		Dの金額を下の計算式Ⅰ(新保険料等)に当てはめて計算した金額		④	(最高40,000円)	計(④+⑤) ⑥		(最高40,000円)	
	(a)のうち旧保険料等の金額の合計額		Eの金額を下の計算式Ⅱ(旧保険料等)に当てはめて計算した金額		⑤	(最高40,000円)	⑤と⑥のいずれか大きい金額 ⑦			
計 算 式 Ⅰ (新保険料等) ※				計 算 式 Ⅱ (旧保険料等) ※				生命保険料控除額 計 (⑦ + ⑥ + ⑤) (最高120,000円)		
A、C又はDの金額		控除額の計算式		B又はEの金額		控除額の計算式				
20,000円以下		A、C又はDの全額		25,000円以下		B又はEの全額				
20,001円から40,000円まで		(A、C又はD)×1/2+10,000円		25,001円から50,000円まで		(B又はE)×1/2+12,500円				
40,001円から80,000円まで		(A、C又はD)×1/4+20,000円		50,001円から100,000円まで		(B又はE)×1/4+25,000円				
80,001円以上		一律に40,000円		100,001円以上		一律に50,000円				

※ 控除額の計算において算出した金額に1円未満の端数があるときは、その端数を切り上げます。

地震保険料控除	保険会社等の名称	保険等の種類(目的)	保険期間	保険等の契約者の氏名		地震	旧長期	あなたが本年中に支払った保険料等のうち、左側区分に係る金額(分配を受けた剰余金等の控除後の金額) (a) 円	給与の支払者の確認
				保険等の対象となった家畜などに居住又は家財を利用している者等の氏名	あなたとの続柄				
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	④のうち地震保険料の金額の合計額							⑤	
	④のうち旧長期間損害保険料の金額の合計額							⑥	
	地震保険料控除額	$\left[\text{⑧の金額} \right] + \left[\text{⑨の金額} \right] = \text{⑩}$ <p>(最高50,000円) + (⑨の金額が10,000円を超える場合は、⑨×1/2+5,000円) ※ (最高15,000円) (最高50,000円)</p>							

社会保険料控除	社会保険の種類	保険料支払先の名称	保険料を負担することになっている人		あなたが本年中に支払った保険料の金額
			氏名	あなたとの続柄	
	国民年金(基金)				<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
	合 計 (控 除 額)				

小規模企業共済等掛金控除	種 類	あなたが本年中に支払った掛金の金額
	独立行政法人中小企業基盤整備機構の共済契約の掛金	<input type="checkbox"/>
	確定拠出年金法に規定する企業型 年金加入者掛金	<input type="checkbox"/>
	確定拠出年金法に規定する個人型 年金加入者掛金	<input type="checkbox"/>
	心身障害者扶養共済制度に関する契約の掛金	<input type="checkbox"/>
	合 計 (控 除 額)	

令和5年分

給与所得者の保険料控除申告書【保険料証明書 貼付台紙】

保2

(証明書類の添付箇所)