

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。

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間 | 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"/> |
| 生命保険料控除 | (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50,000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"/> |
| 生命保険料控除 | (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) |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| | | | | | 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"/> |
| 生命保険料控除 | (a)のうち新保険料等の金額の合計額 | D | 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 | 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50,000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 (④ + ⑤ + ⑦) (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 契約者の氏名 <small>保険等の対象となった家 族などに居住又は家財を 利用している者等の氏名</small> | の氏名 <small>あなた との続柄</small> | 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 |
|--|---|------------|------|---|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| | | | | | | | <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"/> |
| ①のうち地震保険料の金額の合計額 <div style="float: right;"> ② </div> | | | | | | | | | |
| ①のうち旧長期損害保険料の金額の合計額 <div style="float: right;"> ③ </div> | | | | | | | | | |
| 地震保険料 控 除 額 | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div> ②の 金額 _____ </div> <div> (最高50,000円) </div> <div> + </div> <div> ③の金額(③の金額が 10,000円を超える場合は、 ③ × 1/2+5,000円) ※ _____ </div> <div> (最高15,000円) </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> = </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> (最高50,000円) </div> | | | | | | | | |

| 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） | |

◎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。

(証明書類の添付箇所)

