

(フリガナ)

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

	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)	給 与 の 支 払 者 の 確 認
					氏 名	あなたがとの 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"/>
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 料等用） 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 料等用） に当てはめて計算した金額		②	(最高50,000円)	②と③のいづれ 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"/>
個 人 年 金 保 険 料	(a)の金額の合計額	C					Cの金額を下の 計算式Ⅰ（新保険 料等用） に当てはめて計算した金額		⑤	(最高40,000円)
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
計 算 式 Ⅰ（新保険料等用）※	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		生命保険料控除額 計（②＋③＋⑤） (最高120,000円)	
	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 庭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 あなた との続柄	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;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> ②の 金額 _____ </div> <div style="text-align: center;"> (最高50,000円) </div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> 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 style="text-align: center;"> (最高15,000円) </div> </div>								
	=								(最高50,000円)

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="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
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。

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)

