



～医療費控除について～

この度 エターナルフィット西町南店は

『**指定運動療法施設**』に認定されました。

当ジムのパーソナルトレーニングの料金は

“**医療費控除**”が適用されます。

# 医療費控除とは

1年間の医療費が10万円<sup>※</sup>を超えた場合に  
医療費の一部が戻ってくる(還付される)制度

控除の  
対象

かかった医療費 + パーソナルトレーニング料金

(<sup>※</sup> 所得金額が200万円未満の場合は 所得金額の5%)

# 医療費控除の計算

( 医療費総額 - 保険金 ) - 10万円\*

= 医療費控除額

\* 所得金額が200万円未満の場合は  
所得金額の5%

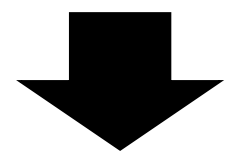
医療費控除額 × 所得税税率

= 実際に戻ってくる金額 ( 還付金 )

医療費控除額 × 10%

= 翌年度の住民税から減税

簡単に自動計算



# 一定の条件

✓ 高血圧、高脂血症、糖尿病、虚血性疾患等の疾病を有する

※医師が運動を必要とした場合は上記以外でも適用されます

✓ 会員種別により決まった回数を併設クリニックで受診する

受診頻度

ライト

2か月

レギュラー

毎月

プラチナ

毎月

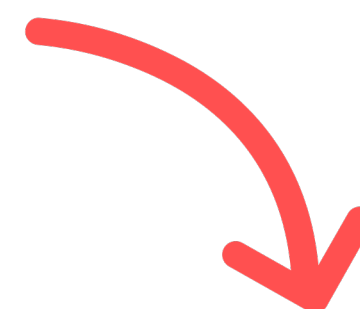
✓ パーソナルトレーニングを1回/週以上かつ8週間以上行う

# 医療費控除の大枠の流れ

運動の実施を確認



医師の指示



運動を実施



指定運動療法施設



# 手順（当施設利用の場合）

- ✓ エターナルフィットに**入会**する
- ✓ 併設クリニックを**受診**する
- ✓ **運動療法処方箋**を貰う
- ✓ **週1回以上**のパーソナルトレーニングを実施する
- ✓ **運動療法実施証明書**と**領収書**を貰う
- ✓ **確定申告**を行う

# ①エターナルフィットに入会する



## 〈 記入していただくもの 〉

- ✓ ジム利用に関する誓約書
- ✓ パーソナルトレーニング誓約書
- ✓ 入会申し込みフォーム
- ✓ 口座振替依頼書(現金決済の場合は不要)



## ②併設クリニックを受診する

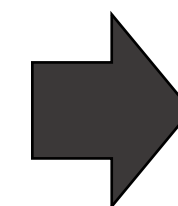


### 〈 お支払い方法 〉

- ✓ 現金
- ✓ クレジットカード決済

カード決済の場合 『 **クリニック** 』 のインストール、登録が必要です。  
スマートフォンをお持ちの方は、アプリの登録をお願いしています。

クリニックはこちらから



# ③ 運動療法処方箋を貰う

## 運動療法処方箋

令和 年 月 日

患者名： \_\_\_\_\_ 殿 S・H 年 月 日生 歳（男・女）

運動療法処方せん

下記疾病の治療のため、令和\_\_年\_\_月第\_\_週から8週間以上、下記の要領を厳守の上、厚生労働省の指定を受けた運動療法施設で運動療法を実施して下さい。

記

診 断 名： \_\_\_\_\_

運動療法実施頻度： 週 2-3 回 ・ 週 4-5 回 ・ 週 6-7 回

(運動内容)

運動の種類	運動強度・回数等	時間	留意事項
有酸素運動	■心拍数 (回/分)	10~20 分	■特になし ■収縮期血圧 ・160mmHg 以上中止 ・180mmHg 以上中止 ■低血糖発作あれば中止 ■腰痛・関節痛あれば中止 ■手足のしびれあれば中止 ■その他
	100~105・105~110・110~115	20~30 分	
	115~120・120~125・130~135	30~40 分	
	■自覚的運動強度 (Borg Scale)	40~50 分	
	楽 (ボルグ 11~12)	50~60 分	
	ややきつい (ボルグ 13)		
補助運動	30~40 回繰り返し行える強さ	5~10 分	
・ストレッチ	20~30 回繰り返し行える強さ	10~20 分	
・自重運動	15~20 回繰り返し行える強さ	20~30 分	
・その他		30~40 分	

(生活上の留意点)

禁煙    アルコール控える    自己血圧測定    十分な睡眠と休養  
塩分を控える (6g 未満・8g 未満・10g 未満)    間食を控える    糖分を控える  
 その他： \_\_\_\_\_

医療機関名：  
 所在地：  
 医師名：

運動療法処方箋は、**医師が記入**してお渡しいたします。

初回のパーソナルトレーニング時に、エターナルフィットの担当スタッフにお渡しください。

## ④ 週1回以上のパーソナルトレーニングを実施する



### プラン

ライト

32,000円/月

レギュラー

64,000円/月

プラチナ

99,000円/月

### 受診頻度

2か月

毎月

毎月

# ⑤ 運動療法実施証明書と領収書を貰う

## 運動療法実施証明書

## 領収書

(税務署提出用)

### 運動療法実施証明書

所轄税務署長 殿

患者名	( 年 月 日生 歳) (男・女)		
住 所			
疾病名			

頭書患者が次の期間(回数)、当施設において運動療法を実施したことを証明する。

運動療法実施期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで																								
運動療法実施回数	回																								
(月別明細)	<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> </table>	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回
月	回	月	回	月	回																				
月	回	月	回	月	回																				
月	回	月	回	月	回																				
月	回	月	回	月	回																				

令和 年 月 日

施設名 エターナルフィット西町南  
 施設所在地 北海道札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2 階  
 施設責任者名 高清水 康平 施設認定番号

頭書患者に疾病の治療のため、上記指定運動療法施設を利用した運動療法を  
 ( 行わせた ・ 行わせている ) ことを証明する

令和 年 月 日	医療機関名
	所在地
	医師名

(証明者の方へ)

- 本証明書は、医師の処方に基づき、概ね週1回以上の頻度で8週間以上にわたる運動療法が行われた場合に限り、当該運動療法を実施する場を提供した指定運動療法施設及び頭書患者の疾病の治療のために当該運動療法を行わせたあるいは行わせている医師が作成してください。
- 本証明書は、運動療法実施期間中又は運動療法実施期間終了後1年以内に発行されたものに限り有効です。
- 運動療法実施期間が年をまたがる場合には、その年末までに改めて証明書を発行してください。

(患者の方へ)

- 本証明書は、指定運動療法施設の利用料金について医療費控除を受けるために必要です。
- 医療費控除を受けるためには、本証明書及び指定運動療法施設の利用料金に係る領収書について、「医療費控除の明細書」に次ぎのとおり記載の上、「医療費控除の明細書」を確定申告書に添付する必要があります。なお、本証明書及び同領収書は、確定申告期限等から5年間自宅等で保存する必要があります。
  - 証明書について
    - 証明年月日②証明書の名称及び③証明者の名称(医療機関名等)を欄外余白などに記載します。
  - 領収書について
    - 医療費控除の対象となる金額、②医療を受けた方の氏名、③支払先の名称等、必要事項を記載します。
- 指定運動療法施設の利用料金に係る領収書は、疾病の治療のために医師が患者に発行した運動療法処方せんに基づく運動療法実施のための指定運動療法施設の利用の対価である旨及び患者の氏名が明記されたものであることが必要です。

### 領 収 書

No :

様

但し トレーニング費用 として

令和2年1月25日 上記正に領収いたしました。 株式会社NoLaBo/エターナルフィット西町

〒 063-0062

札幌市西区西町南12丁目1-38 2階

収入印紙

**どちらも確定申告の際に必要なになります！**  
**無くさないように保管をお願いします。**

# ⑦ 確定申告を行う



## 必要書類

- ✓ 源泉徴収票
- ✓ 医療費通知
- ✓ 運動療法実施証明書
- ✓ 領収書

## 方法

地域の税務署に行ってしまう  
or  
オンライン

# 手順(かかりつけ医がいる場合)

---

- ✓ かかりつけ医を受診する
- ✓ 運動療法処方箋を貰う
- ✓ エターナルフィットに入会し、運動療法処方箋を提出する
- ✓ 週1回以上のパーソナルトレーニングを実施
- ✓ 運動療法実施証明書と領収書を貰う
- ✓ かかりつけ医から運動療法実施証明書に署名・捺印を貰う
- ✓ 確定申告を行う

# ① かかりつけ医を受診する

---

〈用意すべき最低限のアイテム〉



**診察券**



**健康保険証**



**お金**



**お薬手帳**



# ② 運動療法処方箋を貰う

## 運動療法処方箋

令和 年 月 日

患者名： \_\_\_\_\_ 殿 S・H 年 月 日生 歳 (男・女)

**運動療法処方せん**

下記疾病の治療のため、令和\_\_年\_\_月第\_\_週から8週間以上、下記の要領を厳守の上、厚生労働省の指定を受けた運動療法施設で運動療法を実施して下さい。

記

診 断 名： \_\_\_\_\_

運動療法実施頻度： 週 2-3 回 ・ 週 4-5 回 ・ 週 6-7 回

(運動内容)

運動の種類	運動強度・回数等	時間	留意事項
有酸素運動	■心拍数 (回/分)	10~20 分	■特になし ■収縮期血圧 ・160mmHg 以上中止 ・180mmHg 以上中止 ■低血糖発作あれば中止 ■腰痛・関節痛あれば中止 ■手足のしびれあれば中止 ■その他
	100~105・105~110・110~115	20~30 分	
	115~120・120~125・130~135	30~40 分	
	■自覚的運動強度 (Borg Scale)	40~50 分	
	楽 (ボルグ 11~12)	50~60 分	
	ややきつい (ボルグ 13)		
補助運動	30~40 回繰り返し行える強さ	5~10 分	
・ストレッチ	20~30 回繰り返し行える強さ	10~20 分	
・自重運動	15~20 回繰り返し行える強さ	20~30 分	
・その他		30~40 分	

(生活上の留意点)

禁煙    アルコール控える    自己血圧測定    十分な睡眠と休養  
塩分を控える (6g 未満・8g 未満・10g 未満)    間食を控える    糖分を控える  
 その他： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_  
 所在地： \_\_\_\_\_  
 医師名： \_\_\_\_\_

かかりつけ医から、運動療法処方箋を受け取ってください。

※運動療法処方箋がないと医療費控除の対象になりません。

← 病院・クリニックによって、運動療法処方箋の様式は異なります。



### ③エターナルフィットに入会し 運動療法処方箋を提出する



初回のパーソナルトレーニング時に、  
エターナルフィットの担当スタッフに  
お渡しください。

# ⑤ 運動療法実施証明書と領収書を貰う

## 運動療法実施証明書

## 領収書

(税務署提出用)

### 運動療法実施証明書

所轄税務署長 殿

患者名	( 年 月 日生 歳) (男・女)
住 所	
疾病名	

頭書患者が次の期間(回数)、当施設において運動療法を実施したことを証明する。

運動療法実施期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで																								
運動療法実施回数	回																								
(月別明細)	<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> <td>月</td> <td>回</td> </tr> </table>	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回	月	回
月	回	月	回	月	回																				
月	回	月	回	月	回																				
月	回	月	回	月	回																				
月	回	月	回	月	回																				

令和 年 月 日

施設名 エターナルフィット西町南  
施設所在地 北海道札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2 階

施設責任者名 高清水 康平 施設認定番号

頭書患者に疾病の治療のため、上記指定運動療法施設を利用した運動療法を  
( 行わせた ・ 行わせている ) ことを証明する

令和 年 月 日	医療機関名
	所在地
	医師名

(証明者の方へ)

- 本証明書は、医師の処方に基づき、概ね週1回以上の頻度で8週間以上にわたる運動療法が行われた場合に限り、当該運動療法を実施する場を提供した指定運動療法施設及び頭書患者の疾病の治療のために当該運動療法を行わせたあるいは行わせている医師が作成してください。
- 本証明書は、運動療法実施期間中又は運動療法実施期間終了後1年以内に発行されたものに限り有効です。
- 運動療法実施期間が年をまたがる場合には、その年末までに改めて証明書を発行してください。

(患者の方へ)

- 本証明書は、指定運動療法施設の利用料金について医療費控除を受けるために必要です。
- 医療費控除を受けるためには、本証明書及び指定運動療法施設の利用料金に係る領収書について、「医療費控除の明細書」に次ぎのとおり記載の上、「医療費控除の明細書」を確定申告書に添付する必要があります。なお、本証明書及び同領収書は、確定申告期限等から5年間自宅等で保存する必要があります。
  - 証明書について
    - 証明年月日②証明書の名称及び③証明者の名称(医療機関名等)を欄外余白などに記載します。
  - 領収書について
    - 医療費控除の対象となる金額、②医療を受けた方の氏名、③支払先の名称等、必要事項を記載します。
- 指定運動療法施設の利用料金に係る領収書は、疾病の治療のために医師が患者に発行した運動療法処方せんに基づく運動療法実施のための指定運動療法施設の利用の対価である旨及び患者の氏名が明記されたものであることが必要です。

### 領 収 書

No :

様

但し トレーニング費用 として

令和2年1月25日 上記正に領収いたしました。 株式会社NoLaBo/エターナルフィット西町

〒 063-0062

札幌市西区西町南12丁目1-38 2階

収入印紙

**どちらも確定申告の際に必要なになります！**  
**無くさないように保管をお願いします。**



# ⑦ 確定申告を行う



## 必要書類

- ✓ 源泉徴収票
- ✓ 医療費通知
- ✓ 運動療法実施証明書
- ✓ 領収書

## 方法

地域の税務署に行ってしまう  
or  
オンライン

# Q&A



確定申告って、どうやってやればいいの？

確定申告にはいくつかの方法があります！

方法① **税務署で申告**

方法② **オンラインで申告**

方法③ **会社を経営されている場合 → 顧問税理士に委託**



# Q&A



確定申告には何が必要なの？

**源泉徴収票、医療費通知、  
運動療法実施証明書、領収書**

が必要です！

源泉徴収票：一般的に、年末調整後に会社から受け取るもの

医療費通知：一般的に、毎年1月上旬と2月下旬に自宅に郵送されてくる



# Q&A



還付金はいつ戻ってくるの？

所得税分の還付金が戻ってくるタイミングは、  
確定申告後**1～1.5 か月後**が目安とされています。

ちなみに、医療費控除は所得税の他にも**住民税も安く**  
なりますが、所得税のように還付されません。

医療費控除の住民税の分は、**翌年の住民税から減税**  
されます。



