



厚生労働大臣認定

運動型健康増進施設 指定運動療法施設

スポーツリラックスの月会費が
医療費控除の対象として適応されます。

Relax
SPORTS
Sports & Total Health Counseling Center

適応の条件につきましてはこちらをご覧ください



「指定運動療法施設」とは

厚生労働大臣認定健康増進施設のうち、一定の要件を満たす施設について、厚生労働省が運動療法を行うに適した施設として指定したもの。

この指定を受けた施設では、医師の指示に基づく運動療法を実施する際に必要となる利用料金について、所得税法第73条規定する医療費控除の対象とすることができる。

医療費控除の対象となる条件

- ◆ 高血圧症、高脂血症、糖尿病、虚血性心疾患等の疾病で、医師の運動処方せんに基づいて行われるものであること。
- ◆ 概ね週1回以上の頻度で、8週間以上の期間にわたって行われるものであること。

【対象外の方】

- ▶ 特別な疾患をお持ちでない方、または患っていた疾患が完治している方（定期的な受診がない）

申告までのフローチャート



①受診 ・ 医師より運動処方せん（スポーツリラックスへの紹介状）の交付



②スポーツリラックスにて運動療法の実施 ⇒ 「運動療法実施証明書」発行
※ 運動療法の実施期間中、疾患の経過観察（定期的な受診）が必要となります。



③「運動療法実施証明書」 主治医の署名・捺印の依頼（見本あり）

※主治医が当院の医師の場合は、医事課（中央受付）へお持ち下さい。

証明書作成費用として、2,000円（税別）が掛かります。



④税務署への申告

運動療法実施証明書

所轄税務署長 殿

患者名	牛久 太郎 様	(昭和〇年〇月〇日生 〇歳) (男・女)
住 所	茨城県牛久市猪子町 896 番地	
疾病名	〇〇 (2型糖尿病、変形性膝関節症、高血圧症等)	

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 平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日まで

運動療法実施回数 〇 回程度 / 週

(月別明細)

月 月 月 月
回 回 回 回

平成〇年〇月〇日

施 設 名 スポーツリラックス 施 設 所 在 地 茨城県牛久市猪子町 896 番地

施設責任者名 上坂 裕一 印 施設指定番号 No.37

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こと、
 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こと、
 ことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名 _____
 所 在 地 _____
 医 師 名 _____ 印 _____

(証明者の方へ)

①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。

②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。

③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)

①本証明書は、厚生労働省の指定を受けた運動療法施設(以下「指定運動療法施設」といいます。)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。

②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を確定申告書に添付するか、あるいは確定申告の際に提示することが必要です。

③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。