

〇〇〇-〇〇〇〇
 〇〇県〇〇〇市△△△△〇〇〇〇番地〇

〇〇 〇〇〇 様

被保険者番号
〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 様分

令和〇〇年〇〇月〇〇日
 通知番号 〇〇〇〇〇〇〇

←————— カスタマーバーコード —————→
 ← #出力連番 →

後 期 高 齢 者 医 療 費 通 知 書

この通知は、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、費用額（医療費の総額）、自己負担相当額（支払った医療費の額）を記載しています。費用額（医療費の総額）には保険外費用は含まれておりません。

また、公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成などを受けておられる場合、ご自身が負担された額と異なる場合があります。

この通知は、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。申請に関することは、税務署にお問い合わせください。

令和〇〇年〇〇月から令和〇〇年〇〇月分の受診履歴及び医療費は、下の表のとおりです。

診療年月	医療機関等の名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	入院時食事代等負担額
〇年×月	××医院	医科入院	7	229,040	22,900	4,200
〇年×月	××医院	医科外来	1	4,470	447	
〇年×月	〇〇歯科	歯科外来	2	4,440	444	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	6,870	687	
〇年×月	〇〇看護ステーション	訪問看護	1	3,390	339	
〇年×月	□□堂	※柔道整復	1	3,140	314	
〇年×月	◇◇鍼灸治療院	※鍼灸	4	6,200	620	
〇年×月	◎◎マッサージ	※マッサージ	2	8,560	856	
合 計					26,607	4,200

〇〇〇-〇〇〇〇
 〇〇県〇〇〇市△△△△〇〇〇〇番地〇

被保険者番号
〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇 〇〇〇 様
 ← カスタマーバーコード →

令和〇〇年〇〇月〇〇日
 通知番号 〇〇〇〇〇〇〇

← #出力連番 →

後期高齢者医療費通知書

この通知は、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、費用額（医療費の総額）、自己負担相当額（支払った医療費の額）を記載しています。費用額（医療費の総額）には保険外費用は含まれておりません。

また、公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成などを受けておられる場合、ご自身が負担された額と異なる場合があります。

この通知は、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。申請に関することは、税務署にお問い合わせください。

令和〇〇年〇〇月から令和〇〇年〇〇月分の受診履歴及び医療費は、下の表のとおりです。

診療年月	医療機関等の名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	入院時食事代等負担額
〇年×月	××整形外科	医科外来	4	26,720	2,672	
〇年×月	××クリニック	医科外来	1	8,760	876	
〇年×月	△△薬局	調剤	3	7,310	731	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	17,130	1,713	
〇年×月	□□整骨院	※柔道整復	4	7,210	721	
〇年×月	××内科	医科外来	1	17,470	1,747	
〇年×月	××病院	医科外来	1	7,500	750	
〇年×月	安田歯科医院	歯科外来	2	12,210	1,221	
〇年×月	□□整骨院	※マッサージ	4	4,515	452	
〇年×月	□□整骨院	※柔道整復	3	3,660	366	
〇年×月	××内科	医科外来	1	2,670	267	
〇年×月	××クリニック	医科外来	1	25,080	2,508	
〇年×月	××病院	医科外来	2	3,860	386	
〇年×月	××クリニック	医科外来	1	8,890	889	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	7,600	760	
〇年×月	△△薬局	調剤	2	5,800	580	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	2,700	270	
合 計					*****	*****

◇診療区分の※は、療養費の支給に伴うものです。

