

○○○-○○○○
○○県○○○市△△△△ 0 0 0 0 番地 0
○○ ○○○

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

← カスタマーバーコード →
← #出力連番 →

令和〇〇年〇〇月〇〇日
通知番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

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。申告に関することは、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。

◇診療区分の※は、療養費の支給に伴うものです。

山口県後期高齢者医療広域連合
1 / 1 ページ

○○○-○○○○
○○県○○○市△△△△○○○番地○
○○ ○○○ 様
←———— カスタマーバーコード —————→
←#出力連番→

被保険者番号
○○○○○○○○○
被保険者氏名
○○○○○○○○○○○○○○
令和○○年○○月○○日
通知番号 ○○○○○○○○

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。申告に関することは、税務署にお問い合わせください。

令和○○年○○月から令和○○年○○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
○年×月	××整形外科	医科外来	4	26,720	2,672	
○年×月	××クリニック	医科外来	1	8,760	876	
○年×月	△△薬局	調剤	3	7,310	731	
○年×月	△△薬局	調剤	1	17,130	1,713	
○年×月	□□整骨院	※柔道整復	4	7,210	721	
○年×月	××内科	医科外来	1	17,470	1,747	
○年×月	××病院	医科外来	1	7,500	750	
○年×月	安田歯科医院	歯科外来	2	12,210	1,221	
○年×月	□□整骨院	※マッサージ	4	4,515	452	
○年×月	□□整骨院	※柔道整復	3	3,660	366	
○年×月	××内科	医科外来	1	2,670	267	
○年×月	××クリニック	医科外来	1	25,080	2,508	
○年×月	××病院	医科外来	2	3,860	386	
○年×月	××クリニック	医科外来	1	8,890	889	
○年×月	△△薬局	調剤	1	7,600	760	
○年×月	△△薬局	調剤	2	5,800	580	
○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。

山口県後期高齢者医療広域連合
N/Nページ

◇診療区分の※は、療養費の支給に伴うものです。

山口県後期高齢者医療広域連合
N/Nページ