○○○-○○○○
○○県○○○市△△△△0000番地0

○○　○○○　様

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

平成○○年○○月○○日
通知番号　○○○○○○○

←――　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

山口県後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者医療制度の健全な運営を図るため、医療機関等が医療費を正しく請求しているか、第三者機関を通して審査しております。

しかし、診療回数等こちらで把握できない部分については、被保険者皆様の目で確認していただく以外に方法がありません。医療機関等からの請求内容が間違っていないか、確認していただくためにお届けしています。

記載内容にご不明な点がございましたら、山口県後期高齢者医療広域連合までご連絡下さい。

平成○○年○○月から平成○○年○○月分のあなた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	入院・外来	日数	医療費の総額
○年×月	××医院	医科	入院	8	100,000
○年×月	××医院	医科	外来	8	20,000
○年×月	○○歯科	歯科	入院	2	3,000
○年×月	○○歯科	歯科	外来	8	20,000
○年×月	△△薬局	調剤		2	3,000
○年×月	○○看護ステーション	訪問看護		2	3,000
○年×月	□□堂	柔道整復		1	3,000
○年×月	◇◇鍼灸治療院	鍼灸		3	1,000
○年×月	◎◎マッサージ	マッサージ		1	3,000

山口県後期高齢者医療広域連合