〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇〇市△△△△0000番地0

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 様分

平成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

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。
平成〇〇年〇〇月から平成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	8	500,000	50,000	11,040
〇年×月	××医院	医科外来	8	20,000	2,000	0
〇年×月	〇〇歯科	歯科入院	2	300,000	30,000	2,760
〇年×月	〇〇歯科	歯科外来	8	20,000	2,000	0
〇年×月	△△薬局	調剤	2	3,000	300	0
〇年×月	〇〇看護ステーション	訪問看護	6	50,000	5,000	0
〇年×月	□□堂	※柔道整復	1	3,000	300	0
〇年×月	◇◇鍼灸治療院	※鍼灸	3	3,000	300	0
〇年×月	◎◎マッサージ	※マッサージ	1	1,000	100	0

◇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