



8XXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

バーコード
9999999999

兵庫県後期高齢者医療広域連合		
対 象 期 間		
2XZ9年Z9月	～	2XZ9年Z9月 診療分

※このお知らせは、2XZ9年Z9月Z9日時点の
情報を基に作成しています。

請求書ではありません

後期高齢者医療に係る医療費のお知らせ (Z9/Z9)

被 保 険 者 番 号	8XXXXXXXX	医療費控除申告見込額 (⑩自己負担相当額と⑪食事療養・ 生活療養自己負担額の合計額)	ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9円
被 保 険 者 氏 名			
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			

NO	①受診年月	②医療機関等名称	③診療 区分	④ 日数	⑤費用額	⑥自己負担 相当額	食事療養・生活療養			備 考
							⑦回数	⑧費用額	⑨自己負担額	
1	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
2	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
3	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
4	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
5	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
6	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
7	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
8	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
9	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
10	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
11	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
12	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
13	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
14	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
15	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
16	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
17	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
18	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
19	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
20	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
21	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
22	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
23	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
24	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
25	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
合計		⑩自己負担相当額合計		ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9円		⑪食事療養・生活療養自己負担額合計		ZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9円		

※この通知書は、後期高齢者医療制度加入者の方に、医療機関等の受診状況をお知らせするものです。記載内容の説明は、【医療費のお知らせの見方】をご覧ください。また、裏面の【医療費のお知らせについて】もあわせてご確認をお願いいたします。

※問い合わせ先給付課（コールセンター） 078-326-2023

