

# 【医療費のお知らせの見方】 別紙2-2

後期高齢者医療に係る医療費のお知らせ											
被 保 険 者 番 号			12345678			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)			164,760円		
被 保 険 者 氏 名			広 域 太 郎								
NO	①年	②月	③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	備考
1	○年○月	○○○○診療所	医科外来	1	5,800円	580円					
2	○年○月	△△△△病院	医科入院	7	460,000円	57,600円	13	9,558円	5,980円		
3	○年○月	□□□□薬局	調剤	1	16,000円	1,600円					
4	○年○月	××府内医療機関	医科入院	30	800,000円	57,600円	90	59,100円	41,400円		
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
23											
24											
25											
合計	⑩自己負担額合計		117,380円			⑪食事療養・生活療養自己負担額合計		47,380円			

- ※下記の番号は、医療費のお知らせに記載の番号と対応しています。
- 医療費控除申告見込額は、複数ページあるときは最初のページに記載されます。
- ① 療養を受けた年月です。
  - ② 療養を受けた医療機関等の名称です。名称が14文字を超える場合、はじめの14文字を表示しています。  
県外医療機関については「(都道府県名)内医療機関」と表示しています。
  - ③ 「医科入院」、「医科外来」、「歯科入院」、「歯科外来」、「調剤」、「訪問看護」、「柔整(柔道整復)」、「鍼灸」、「マッサージ(あんま・マッサージ)」の表示があります。
  - ④ 療養を受けた日数(または回数)です。
  - ⑤ 「費用額」は、10割の金額(被保険者の方が医療機関等の窓口で支払われた金額と後期高齢者医療が負担した金額との合計)です。ただし、薬のビン代、診断書料、病院の差額ベッド代等の保険診療外のもの及び入院時の食事代等は含まれていません。
  - ⑥ 「費用額」(10割)の1割又は2割又は3割(所得の状況によって割合が異なります)。ただし、これに相当する額が一定を超える場合は、その額です。
  - ⑦ 入院時の食事療養費及び療養病床に入院したときの生活療養費(食事代・居住費)の回数です。
  - ⑧ 食事療養・生活療養費の総額です。
  - ⑨ 食事療養・生活療養費の自己負担額です。
  - ⑩ ⑥の合計額です(複数ページある時は、最終ページに記載され、それ以外のページは\*で表示されます)。
  - ⑪ ⑨の合計額です(複数ページある時は、最終ページに記載され、それ以外のページは\*で表示されます)。

## 【医療費のお知らせについて】

- このお知らせは、ご自身が医療機関等で受診された際の保険医療費等の情報を通知し、あわせて皆さまの健康管理に役立てていただくために医療機関等からの請求内容に基づき、作成しています（請求が遅れている場合などは、含まれていません）。
- このお知らせは、既に亡くなった方についても、亡くなった当時の住所に送付しております。亡くなった方と生計を一にしていた配偶者その他の親戚の方が、亡くなった方のために支払った医療費について医療費控除の申告をされる場合に、このお知らせを医療費の明細書として使用することができます。
- 日数には、処方箋を発行してもらった場合や電話等により医師に治療上の意見を求めた場合も含まれます。
- 柔道整復は、このお知らせを作成した時点で施術師が所属している施術機関名称が表示されますので、施術師が施術機関を異動した場合は、受診時の施術機関名称と異なります。
- 鍼灸、あんま・マッサージは療養費の申請書に記載された名称が表示されています（施術師が個人名で請求している場合は、個人名が表示されています）。
- 備考欄に「\*」があるものは審査で自己負担額が1万円以上減額になったものです。
- このお知らせは、医療費控除の申告手続で医療費の明細書として使用することができます。なお、医療費控除の対象となる支出で、このお知らせに記載されていないものがある場合には、別途領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、その明細書を申告書に添付していただく必要があります（この場合、医療費領収書は確定申告期限から5年間保存する必要があります）。
- このお知らせに記載している「自己負担相当額」と実際にご自身が負担された額が異なる場合（公費負担医療や地方公共団体が実施する医療助成、高額療養費がある場合など）があります（ただし、令和2年8月送付分より、自己負担相当額に公費負担医療や地方公共団体が実施する医療助成を反映させています）。この場合は、ご自身で額を訂正して申告いただく必要があります。
- 令和5年6月1日時点で、平成29年12月受診分から令和5年3月受診分までの医療費通知が発行できます。（A4用紙に印字し、封筒で送付します。）
- 医療費控除の申告に関することは、税務署にお問い合わせください。

※問い合わせ先

〒650-0021

兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1201号

兵庫県後期高齢者医療広域連合

給付課（コールセンター）

078-326-2023