



8XXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
# 9999999999  
バーコード

兵庫県後期高齢者医療広域連合

対 象 期 間		
令和5年1月	～	令和5年9月
		診療分

※このお知らせは、令和 5年 11月22日時点  
の情報を基に作成しています。

請求書や支給額の通知ではありません

(Z9/Z9)

後期高齢者医療に係る医療費のお知らせ

被 保 険 者 番 号	8XXXXXXXX
被 保 険 者 氏 名	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

自己負担額の合計 (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
--	-----------------

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	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
2	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
3	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
4	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
5	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
6	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
7	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
8	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
9	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
10	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
11	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
12	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
13	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
14	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
15	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
16	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
17	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
18	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
19	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
20	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
21	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
22	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
23	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
24	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	2X	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	Z9	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	ZZZ,ZZZ,ZZ9円	
25	Z9年Z9月	14XXXXXXXXXXXXXX	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。  
別紙【医療費のお知らせについて】に、このお知らせの説明を記載しています。また、記載内容については別紙裏面  
【医療費のお知らせの見方】をご覧ください。  
※令和5年6月発送分からハガキではなく封書でお送りしています。

※問い合わせ先給付課（コールセンター） 078－326－2023