令和７年１月２７日

発送元　お問い合わせ先
〒020-8510　岩手県盛岡市山王町４番１号
岩手県後期高齢者医療広域連合
電話　019-606-7507（業務課給付担当）

医療費のお知らせ

● このお知らせは、**令和５年10月から令和６年10月まで**に岩手県後期高齢者医療保険で診療を受けられた医療費についてお知らせするもので、**請求書ではありません。**

●このお知らせは、**皆さまに健康や医療に対する理解を深めていただくことを目的に作成**しています。

「医療費のお知らせ（明細）」（２ページ以降）についての説明

受診年月………… 受診年月順で、医療機関ごとに記載しています。

医療機関名称等‥‥ １つの医療機関につき１行で記載しています。
ただし、以下の場合は２行以上になります。
●同じ病院で、入院と外来があった場合
●同じ薬局で、２つ以上の医療機関から処方された場合（A病院とB医院等）

診療区分………… 医科（外来／入院）、歯科（外来／入院）、調剤、訪問看護の別を記載しています。

日数……………… 入院・外来の日数のほか、電話等により治療上の意見を求めたものも含みます。
また、調剤の場合は、薬局で薬を受け取った回数を記載しています。

一部負担金相当額‥ 医療費の総額に被保険者の自己負担割合を乗じた金額を記載しています。端数処理の関係から領収書の金額と一致しない場合があります。
高額療養費や療養費などは控除していません。

医療費の総額‥‥‥ 自己負担額と、岩手県後期高齢者医療広域連合が保険給付を行った合計額を記載しています。
（「*」の表示がある場合は、10,000円以上の減額査定の対象となったものです。）

※　この「医療費のお知らせ」は、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書等）に基づき作成しています。医療機関等からの請求の遅れなどにより、記載していない場合があります。岩手県後期高齢者医療保険の被保険者でなかった期間がある場合、その期間は記載していません。

※　一部負担金相当額及び医療費の総額には、保険対象外の費用は含んでいません。

※　傷病名、薬剤名等の診療内容については、回答できませんのであらかじめご了承ください。

※　再発行の依頼等、このお知らせに関するお問い合わせは、岩手県後期高齢者医療広域連合へご連絡ください。（お住まいの市町村担当窓口では、お問い合わせに応じかねます。）

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

※　このお知らせは、申告手続きで「医療費控除の明細書」として使用できます。使用する場合は、2ページ右上に記載している「令和６年医療費控除参考額」（右側）を確認してください。

※　このお知らせは、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書等）に基づき作成するため、完成までに受診から約３カ月要します。そのため、令和６年11月～12月診療分の医療費まで含めようとする場合、申告期限までにお知らせをお届けすることができません。11月～12月診療分については、ご自身で医療機関等から発行される領収書に基づき「医療費控除の明細書」を作成し、資料として添付してください。

※　医療費控除の対象となる支出で、このお知らせに記載していないものがある場合も同様に「医療費控除の明細書」を作成してください。
（これらの場合、領収書は申告期限から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一部負担金相当額と実際にご自身で負担した額が異なる場合は、補てんされた金額を差し引くなど、ご自身で額を訂正して申告する必要があります。

医療費のお知らせ（明細）

データ作成　令和●年●月●日現在

	令和５年医療費控除参考額（令和５年10月～令和５年12月分）	令和６年医療費控除参考額（令和６年１月～令和６年10月分）
一部負担金相当額	円	円
食事療養・生活療養標準負担額	円	円

受診年月	医療機関名称等	診療区分	日数	一部負担金相当額（医療費の総額）	食事療養・生活療養	
					回数	標準負担額
			日	円	回	円

医療費のお知らせ（明細）

データ作成　令和●年●月●日現在

受診年月	医療機関名称等	診療区分	日数	一部負担金相当額（医療費の総額）	食事療養・生活療養		
					回数	標準負担額	
			日	円	回	円	

医療費のお知らせ（明細）

データ作成　令和●年●月●日現在

受診年月	医療機関名称等	診療区分	日数	一部負担金相当額（医療費の総額）	食事療養・生活療養		
					回数	標準負担額	
			日	円	回	円	