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）
FAX　019-606-7505

# 医療費のお知らせ

- このお知らせは、平成29年８月から平成30年８月までに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、**請求書や領収書ではありません。**
- 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、かかりつけ医や薬局を決め、健康状態を管理し健康長寿になるように努めていただくことで、医療費の増加が抑えられ、医療保険財政の健全運営が実現し、保険料上昇が抑えられる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）についてのご説明

**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医院など）

**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まれます。
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方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おりません。**

**医療費の総額** ････ 自己負担の金額と、岩手県後期高齢者医療広域連合が保険給付等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。）

※　この通知は医療費控除の申告手続きで医療費の明細として使用できます。記載してあ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。また、医療費控除の対象となるもので、このお知らせに記載されていないものの申告は、ご自身で領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成する必要があります。
※　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。

１．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、岩手県後期高齢者医療広域連合からの支払いが完了した医療費について記載しています。医療機関等からの請求の遅れなどにより、記載されていない場合があります。
２．一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まれておりません。
３．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。

**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。**
（お住まいの市町村は、診療報酬明細書を保有していないため、お問い合わせに応じかねます。）

# 医療費のお知らせ（明細）

データ作成　平成 30 年 11 月 1 日現在

（下記対象期間内に、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、その期間の医療費等は記載されませんので、あらかじめご了承ください。）

| 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　平成 30 年 11 月 1 日現在

下記対象期間内に、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、その期間の医療費等は記載されませんので、あらかじめご了承ください。

| 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 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | |