

医療費通知書を配付します

配付時期 2月中旬

医療費通知書は、組合員及び被扶養者が医療機関等で受診した状況をお知らせするものです。
1年間の医療費を確認し、適正受診に努めてください。

通知対象月 令和3年12月～令和4年11月診療分

医療費通知書

令和5年2月〇日作成

(住所) 123-4567

対象月 令和3年12月～令和4年11月分

栃木県〇〇市大通り2-3-1

(氏名) 共済 太郎

(所属所名) 〇〇市 〇〇部 〇〇課 〇〇係

受診者 氏名 医療 機関名	診療 年月	日 数	診療区分・ 給付種別	医療費 総額	① 法定 給付額	② 公費 負担額	③ 窓口 負担額	④ 家族療養費 附加金等	⑤ 高額 療養費	⑥ (④+⑤) 支給額	③-⑥ 確定申告用 自己負担額
共済 太郎	3	12	2	医科入院	300,000	210,000		90,000	55,400	9,570	25,030
〇〇病院				入院時療養費等	1,280	360		920			920
共済 花子	4	11	3	歯科入院外	25,000	17,500	7,500				
〇〇歯科											
合計				326,280	227,860	7,500	90,920	55,400	9,570	64,970	25,950

医療費通知書の記載内容

①当組合が医療機関等に支払った金額

②国または地方公共団体が負担する金額

③医療機関等の窓口で支払った金額

⑥当組合が組合員に送金した金額

この通知書は確定申告の医療費控除の添付書類として使用できますが、
以下の点にご注意ください。

- ・令和3年12月診療分の記載がある場合は、「確定申告用自己負担額」の合計から令和3年12月診療分の金額を差し引いてください。
- ・今回の通知書に記載のない診療分を申告する場合は、医療機関の領収書に基づき「医療費控除の明細書」を作成し、医療費通知書と併せて申告してください。

上記記事に関するお問い合わせは

保健課

☎028-615-7816