窓空宛名

発行日　　：　　年　月　日
被保険者記号・番号：
保険者名　　：　　1
1/2

○○市長
○○　○○

印

医　療　費　通　知

このお知らせは、医療機関からの請求に基づいたあなたの世帯の医療費です。
医療費や健康に正しい理解をもって、健康管理に心がける参考にしてください。
（医療費を納めていただく請求書ではありません。）

記

被保険者記号・番号	期間	医療費計	被保険者負担額計
	～		

診療年月	受診者名	医療機関等名称	診療区分	日数	医療費(円)	負担額(円)	

1．「医療費」とは、あなたや家族が医療機関に支払った金額と市の国民健康保険で支払った費用の合計です。
2．保険のきかない治療や差額ベッド代、入院雑費などの医療費は含まれません。
3．右側の欄に ＊ の表示がある場合は、減額査定の対象となったものを示しています。
4．本医療費通知は、医療費控除の申告手続き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、本医療費通知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。）。
5．「負担額」には、自己負担相当額が記載されています。なお、「負担額」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費助成、療養費、出産育児一時金、高額療養費がある場合など）があります。こうした場合には、例えば「負担額」欄に記載の額から公費負担医療の額を差し引く等、ご自身で額を訂正して申告いただく必要があります。
6．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。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町１丁目２番３号
国保課
電話　000-000-0000