

医療費通知書について

医療費通知書は、対象期間中の受診状況等を該当者へ通知することにより、健康意識の啓発、適正受診の意識向上を目的とし、**発行時に資格を有する組合員を対象に配付しています。**

① **年3回に分けて発行**します。

発行時期：7月（1月～4月受診分）、11月（5月～8月受診分）、3月（9月～12月受診分）

② **再発行できません**ので、大切に保管してください。

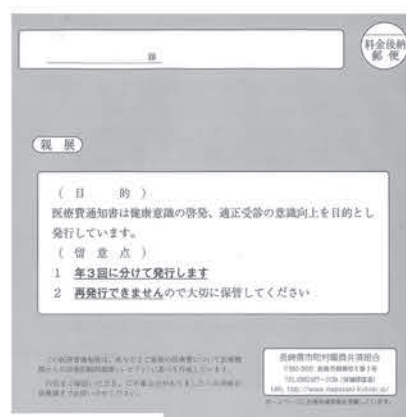
医療費通知書の見方

②		③		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨	
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	法定給付額	公費負担額	窓口負担額	家族療養費 附加金等	高額療養費	支給額	確定申告用 自己負担額				
合 計															

令和3年〇月〇日 作成
① 令和3年〇月～令和4年〇月 分
(共済組合処理年月) ～
診療年月は下段の表に掲載しています。

長崎県市町村職員共済組合

- ① 医療機関等から共済組合が請求を受けた月
(例) 7月送付分(1月～4月受診分) → 医療費通知には「3月～6月分」と記載されます。
- ② 受診した日数
- ③ 入院、外来、歯科等の診療区分
※柔道整復は、整骨院や鍼灸院受診分
- ④ 実際にかかった医療費の総額
- ⑤ ④の医療費総額のうち、共済組合が負担した額(7割分又は8割)
- ⑥ ④の医療費総額のうち、受診者が医療機関等の窓口で支払った自己負担額
- ⑦ ⑥の自己負担額から基礎控除額(※1)を控除した額
※合算等対象の場合は、算定方法が異なります。
- ⑧ ⑥の自己負担額から、自己負担限度額(※2)を控除した額
- ⑨ 確定申告における医療費控除の対象となる自己負担額



※1 基礎控除額
一般区分 25,000円(標準報酬月額530,000円未満の方)
上位区分 50,000円(標準報酬月額530,000円以上の方)
※2 組合員の標準報酬月額及び高額療養費の受給回数等により異なります。

お問い合わせ先 ▶▶▶ 保健課 TEL 095-827-3139