

医療費通知見本

〒899-2592
日置市伊集院町郡1丁目100番地

申告 太郎 様

医療費のお知らせ

保険証の記号番号	被保険者氏名
○○○○○○○○	申告 太郎

診療を受けた方	診療年月	診療区分	日数	医療機関名等	医療費の総額（円）	保険者からの支払額（円）	国等からの支払額（円）	加入者の支払額（円）	整理番号
申告太郎	1	入院	8	〇〇病院	250,000	175,000		75,000	
申告太郎	2	外来	2	〇〇病院	21,000	14,700		6,300	
申告太郎	2	調剤	2	△△薬局	8,000	56,000		2,400	
申告和子	4	入院	7	〇〇病院	280,000	196,000		84,000	

※注意

医療費通知で医療費控除を受ける場合、医療費通知の原本を提出する必要がありますので、申告会場にご持参ください。

※注意

医療費通知には令和7年中の医療費すべてが記載されていない場合があります。医療費通知に記載がない医療費についても控除を受ける場合は、領収書をもとに同封の医療費控除の明細書にご記入ください。