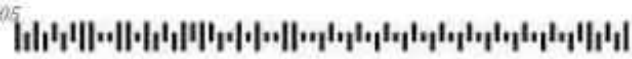




親展

01 999-9999

02 宛名都道府県名+宛名市町村名9P  
03 宛名住所漢字9PN1NNNN+NNNN2NNNN+  
NNNN3NNNN+NNNN4NNNN+NNNN5  
NNNN+NNNN6NNNN+NNNN7NNNN+  
NNNN8NNNN+NNNN9NNNN+NNN10  
04 宛名氏名15文字以下11PN+様N



06 999912345678 07 99/99  
D2 MMDD9 D3 9999 D4 99999999#



08 (お問い合わせ先)  
09 市役所・役場名11PNNNN+  
10 担当部署11PN1NNNN+  
電話番号20文字まで11PN+NNNN2

熊本市後期高齢者医療広域連合  
〒862-0911 熊本市東区豊栄2丁目4番10号(熊本市利根川沿道会館2階)  
給付課 給付班 電話 (096) 288-6050

【医療費のお知らせ】は内側にあります。  
矢印の①、②の順にゆっくりと開いてご覧ください

11 被保氏名 19文字以下 9 PNN+NNNN 様の医療費を、お知らせします。 対象期間 12 NNZ9年Z9月～NNZ9年Z9月											
受診年月	医療機関等名称		診療区分	日数	医療費の総額(円)	自己負担相当額(円)	食事療養費・生活療養費			備考	
							回数	食事の総額(円)	標準食折額(円)		
01A Z9年Z9月	01B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	01C 診療種類	01D Z9	01E ZZ,ZZZ,ZZ9	01F ZZ,ZZZ,ZZ9	01G ZZZ	01H Z,ZZZ,ZZZ	01I ZZZ,ZZZ	01J *		
02A Z9年Z9月	02B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	02C 診療種類	02D Z9	02E ZZ,ZZZ,ZZ9	02F ZZ,ZZZ,ZZ9	02G ZZZ	02H Z,ZZZ,ZZZ	02I ZZZ,ZZZ	02J *		
03A Z9年Z9月	03B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	03C 診療種類	03D Z9	03E ZZ,ZZZ,ZZ9	03F ZZ,ZZZ,ZZ9	03G ZZZ	03H Z,ZZZ,ZZZ	03I ZZZ,ZZZ	03J *		
04A Z9年Z9月	04B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	04C 診療種類	04D Z9	04E ZZ,ZZZ,ZZ9	04F ZZ,ZZZ,ZZ9	04G ZZZ	04H Z,ZZZ,ZZZ	04I ZZZ,ZZZ	04J *		
05A Z9年Z9月	05B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	05C 診療種類	05D Z9	05E ZZ,ZZZ,ZZ9	05F ZZ,ZZZ,ZZ9	05G ZZZ	05H Z,ZZZ,ZZZ	05I ZZZ,ZZZ	05J *		
06A Z9年Z9月	06B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	06C 診療種類	06D Z9	06E ZZ,ZZZ,ZZ9	06F ZZ,ZZZ,ZZ9	06G ZZZ	06H Z,ZZZ,ZZZ	06I ZZZ,ZZZ	06J *		
07A Z9年Z9月	07B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	07C 診療種類	07D Z9	07E ZZ,ZZZ,ZZ9	07F ZZ,ZZZ,ZZ9	07G ZZZ	07H Z,ZZZ,ZZZ	07I ZZZ,ZZZ	07J *		
08A Z9年Z9月	08B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	08C 診療種類	08D Z9	08E ZZ,ZZZ,ZZ9	08F ZZ,ZZZ,ZZ9	08G ZZZ	08H Z,ZZZ,ZZZ	08I ZZZ,ZZZ	08J *		
09A Z9年Z9月	09B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	09C 診療種類	09D Z9	09E ZZ,ZZZ,ZZ9	09F ZZ,ZZZ,ZZ9	09G ZZZ	09H Z,ZZZ,ZZZ	09I ZZZ,ZZZ	09J *		
10A Z9年Z9月	10B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	10C 診療種類	10D Z9	10E ZZ,ZZZ,ZZ9	10F ZZ,ZZZ,ZZ9	10G ZZZ	10H Z,ZZZ,ZZZ	10I ZZZ,ZZZ	10J *		
11A Z9年Z9月	11B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	11C 診療種類	11D Z9	11E ZZ,ZZZ,ZZ9	11F ZZ,ZZZ,ZZ9	11G ZZZ	11H Z,ZZZ,ZZZ	11I ZZZ,ZZZ	11J *		
12A Z9年Z9月	12B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	12C 診療種類	12D Z9	12E ZZ,ZZZ,ZZ9	12F ZZ,ZZZ,ZZ9	12G ZZZ	12H Z,ZZZ,ZZZ	12I ZZZ,ZZZ	12J *		
13A Z9年Z9月	13B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	13C 診療種類	13D Z9	13E ZZ,ZZZ,ZZ9	13F ZZ,ZZZ,ZZ9	13G ZZZ	13H Z,ZZZ,ZZZ	13I ZZZ,ZZZ	13J *		
14A Z9年Z9月	14B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	14C 診療種類	14D Z9	14E ZZ,ZZZ,ZZ9	14F ZZ,ZZZ,ZZ9	14G ZZZ	14H Z,ZZZ,ZZZ	14I ZZZ,ZZZ	14J *		
15A Z9年Z9月	15B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	15C 診療種類	15D Z9	15E ZZ,ZZZ,ZZ9	15F ZZ,ZZZ,ZZ9	15G ZZZ	15H Z,ZZZ,ZZZ	15I ZZZ,ZZZ	15J *		
16A Z9年Z9月	16B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	16C 診療種類	16D Z9	16E ZZ,ZZZ,ZZ9	16F ZZ,ZZZ,ZZ9	16G ZZZ	16H Z,ZZZ,ZZZ	16I ZZZ,ZZZ	16J *		
17A Z9年Z9月	17B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	17C 診療種類	17D Z9	17E ZZ,ZZZ,ZZ9	17F ZZ,ZZZ,ZZ9	17G ZZZ	17H Z,ZZZ,ZZZ	17I ZZZ,ZZZ	17J *		
18A Z9年Z9月	18B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	18C 診療種類	18D Z9	18E ZZ,ZZZ,ZZ9	18F ZZ,ZZZ,ZZ9	18G ZZZ	18H Z,ZZZ,ZZZ	18I ZZZ,ZZZ	18J *		
19A Z9年Z9月	19B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	19C 診療種類	19D Z9	19E ZZ,ZZZ,ZZ9	19F ZZ,ZZZ,ZZ9	19G ZZZ	19H Z,ZZZ,ZZZ	19I ZZZ,ZZZ	19J *		
20A Z9年Z9月	20B 医療機関名(漢字) 7 PNNN+NNNN 2	20C 診療種類	20D Z9	20E ZZ,ZZZ,ZZ9	20F ZZ,ZZZ,ZZ9	20G ZZZ	20H Z,ZZZ,ZZZ	20I ZZZ,ZZZ	20J *		
計				21E	ZZZ,ZZZ,ZZ9	21F	ZZZ,ZZZ,ZZ9	21G	Z,ZZZ,ZZZ	21I	Z,ZZZ,ZZZ



## いつまでも健やかに！ 毎年1度の健康チェック

～自覚症状がない病気の発見と介護予防のために～

「からだの健診」は、糖尿病や高血圧などの生活習慣病の早期発見につながり、「歯とお口の健診」は口腔機能の低下や肺炎等の疾病の予防につながります。

1年に1回、健診を受けましょう。

＞詳しくは、お住まいの市町村の健診担当課までお問い合わせください。

## かかりつけ医を持ちましょう

自分や家族の健康状態を把握してくれている、かかりつけ医があると安心です。精密検査や高度な医療が必要になったときは、ほかの医療機関や専門医を紹介してくれます。

## 時間外受診は控えましょう

休日や夜間に開いている救急医療機関は、緊急性の高い患者さん向けに医療費も高く設定されています。緊急時以外は、日中の診療時間内に受診することを心がけましょう。

開け方



△ 水に濡れているときは乾燥させてから開封してください。



使ってみよう！  
マイナ保険証

## 【医療費のお知らせ】の説明

このお知らせは、あなたの医療費をお知らせして健康に気をつけていただくものです。

1. 受診年月の欄には、あなたが医療機関等で受診した年月を記載しています。
2. 医療機関等名称の欄には、あなたが受診した医療機関等を記載しています。
3. 診療区分の欄には、あなたが医療機関等で受診した、医科・歯科・調剤等を記載しています。
4. 日数の欄には、あなたが医科・歯科等で受診（入院・外来）した日数を記載しています。  
また、調剤の場合は薬をもらった回数を記載しています。
5. 医療費の総額の欄には、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、医療機関等毎の各月の医療費の総額（あなたが負担された額と保険から支払われた額の合計）を記載しています。  
医療費の総額には、次の（１）～（６）のような保険外の費用は含まれていません。  
（１）薬の容器代 （２）往診時の車代 （３）健康診断料 （４）診断書料 （５）入院時室料差額  
（６）歯科保険外診療等
6. 食事療養費・生活療養費の回数の欄には、医療機関等で食事をされた回数が記載されています。
7. 食事の総額の欄には、患者負担額を含んだ金額が記載されています。標準負担額の欄には、食事代の自己負担額が記載されています。
8. 計の欄には、医療費の総額の欄、自己負担相当額の欄、食事の総額の欄及び標準負担額の欄それぞれの額の合計を記載しています。
9. 備考の欄の「＊」印は、減額査定により、医療費の総額に10万円以上の差額が生じたものです。
10. お知らせの内容について、ご不明な点がございましたら、お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口又は、熊本県後期高齢者医療広域連合までお問い合わせください。
11. このお知らせは、再発行ができませんので大切に保管してください。
12. このお知らせは、医療費控除の申告手続で医療費の明細書として使用することができます。  
なお、令和7年12月診療分の医療費については、確定申告手続までにお知らせをお届けすることが困難なため、別途、領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、申告書に添付していただく必要があります。  
また、医療費控除の対象となる支出で、このお知らせに記載されていないものがある場合も同様に「医療費控除の明細書」を作成していただく必要があります。（これらの場合、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。）
13. このお知らせに記載している自己負担相当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、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、自己負担相当額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。
14. 医療費控除の申告に関することは、お住まいの市町村の税務担当部署や税務署にお問い合わせください。