

石川県後期高齢者医療に係る医療費通知作成手順書

1 医療費通知はがき

- ① はがきデザイン、刷り色、印字内容は別途協議とする。
- ② 水濡れによる開封事故防止のため、耐水対策を施したものであること。
- ③ 圧着加工は、先糊方式、後糊方式のどちらでも不問とする。
- ④ 圧着は開封のしやすさを考慮し、段差加工を行うこと。

2 医療費通知レイアウト

別添のとおり

3 支給データ

- ① データは郵送分と未登録外字を含むデータ及び文字数桁あふれデータのファイルを支給する。
- ② フォントエンベット済みのPDFを支給する。
- ③ 支給サイズはレイアウト別紙1のとおりA4サイズとし、受託者においてははがきサイズ出力に合わせて加工を行うこと。

4 区分け・納品

- ① 委託者の指定により、区分け納品を行うこと。区分け単位は、以下のとおりとする。
 - ・ 郵送分
 - ・ 未登録外字を含むデータ及び文字数桁あふれデータ
- ② 郵送分に関しては、最も経済的な郵便割引の適用が可能な形で並び替え・把束を行い納品すること。
- ③ 納品時に、郵便割引適用に必要な局提出用リストも同時に提出すること。

5 抜き取り

データ支給以降に、発送対象外（死亡等）となったはがきの抜き取り作業を行う場合がある。対象者については、委託者からデータにて指示を行う。抜き取り指示の時期と方法については、別途協議する。

6 照合

印刷分を反映させた全件の発送名簿をデータにて提供すること。詳細は別途協議とする。

医療費通知レイアウト案（圧着ハガキ：外面）

料金後納郵便

920-0000
石川県金沢市
幸町12番1号

親展

広城 太郎 様

医療費のお知らせ

石川県後期高齢者医療広域連合
〒920-0968
石川県金沢市幸町12番1号 石川県幸町庁舎5F
TEL (076) 223-0140
令和 4 年 2 月 7 日 1111111

あなたの医療費は、下記のとおりです。 被保険者番号 12345678 対象期間 令和 3 年 5 月～令和 3 年 10 月

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	費用額	自己負担相当額	食事療養・生活療養	
						回数	費用額
3年 5月	内科	内科	4	25,040	2,504		
3年 5月	内科	内科	1	2,770	277		
3年 5月	内科	調剤	2	23,710	2,371		
3年 6月	内科	内科	3	19,990	1,999		
3年 6月	内科	内科	1	6,130	613		
3年 6月	内科	内科	4	63,540	6,354		
3年 6月	内科	調剤	1	22,100	2,210		
3年 6月	内科	調剤	1	43,170	4,317		
3年 7月	内科	内科	4	24,370	2,437		
3年 7月	内科	内科	1	4,550	455		
3年 7月	内科	調剤	5	36,600	3,660		
3年 7月	内科	調剤	2	23,790	2,379		
3年 7月	内科	調剤	1	45,190	4,519		
3年 8月	内科	内科	4	28,710	2,871		
3年 8月	内科	調剤	6	16,740	1,674		
3年 8月	内科	調剤	1	27,750	2,775		
3年 9月	内科	内科	2	27,710	2,771		
3年 9月	内科	内科	1	8,350	835		
3年 9月	内科	調剤	1	3,770	377		
3年 9月	内科	調剤	1	11,270	1,127		
計							

1 この通知は、医療機関等から石川県後期高齢者医療広域連合への請求に係る診療報酬明細書等に基づき作成されています。
なお、医療機関等から石川県後期高齢者医療広域連合への請求が遅れている場合や、請求の内容を審査中である場合などの理由により、当通知に医療費情報が記載されていない場合があります。

2 「日数」欄について、薬局の場合は薬を受けた回数を示しています。

3 「費用額」のうち、9割（又は7割）に相当する額が後期高齢者医療保険から医療機関へ支払われています。残りの1割（又は3割）に相当する額は、皆様、が医療機関等の窓口で負担された額となります。また、食事療養・生活療養の費用額は標準負担額を含めた額です。

4 右端欄に「※」がある場合は、医療費自己負担額に10,000円以上の減額査定があったものを示しています。

5 この通知は、医療費控除の申告手続で医療費控除の明細書に添付できます。なお、医療費控除対象となる令和3年11月～12月診療分や、この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。

6 この通知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があります。こうした場合には、例えば、自己負担相当額欄に記載の額から公費負担の額（助成額）を差し引く等、ご自身で額を訂正して申告していただく必要があります。

・はがき通数を印字（例：2通の場合 1通目（1/2） 2通目（2/2））

医療費通知レイアウト案（圧着ハガキ：内面）

「ジェネリック医薬品（後発医薬品）」を
ご存知ですか？

ジェネリック医薬品（後発医薬品）とは、
新薬（先発医薬品）と有効成分・効き目
が同じものとしてつくられたお薬のこ
とです。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）のポイント

●新薬（先発医薬品）より安価で
経済的なお薬です。

●有効性・安全性は
厚生労働省の審査により
承認されています。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）を
希望される場合は、
医師・薬剤師にご相談ください。

あなたの医療費は、下記のとおりです。 被保険者番号 12345678 対象期間 令和 3 年 5 月～令和 3 年 10 月

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	費用額	自己負担相当額	食事療養・生活療養	
						回数	費用額
3年 9月	内科	調剤	1	33,680	3,368		
3年 10月	内科	調剤	2	18,910	1,891		
3年 10月	内科	調剤	1	21,290	2,129		
計				539,130	53,913		

1 この通知は、医療機関等から石川県後期高齢者医療広域連合への請求に係る診療報酬明細書等に基づき作成されています。
なお、医療機関等から石川県後期高齢者医療広域連合への請求が遅れている場合や、請求の内容を審査中である場合などの理由により、当通知に医療費情報が記載されていない場合があります。

2 「日数」欄について、薬局の場合は薬を受けた回数を示しています。

3 「費用額」のうち、9割（又は7割）に相当する額が後期高齢者医療保険から医療機関へ支払われています。残りの1割（又は3割）に相当する額は、皆様、が医療機関等の窓口で負担された額となります。また、食事療養・生活療養の費用額は標準負担額を含めた額です。

4 右端欄に「※」がある場合は、医療費自己負担額に10,000円以上の減額査定があったものを示しています。

5 この通知は、医療費控除の申告手続で医療費控除の明細書に添付できます。なお、医療費控除対象となる令和3年11月～12月診療分や、この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。

6 この通知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があります。こうした場合には、例えば、自己負担相当額欄