

医療費通知書を配付します

配付時期
2月中旬

当組合では、組合員及び被扶養者のみなさまに医療機関等の受診状況をお知らせし、医療費に対する認識や理解を深めていただくために、年に一度医療費通知書を配付しています。

なお、この通知書は確定申告の医療費控除で添付書類として使用することができます。

通知対象月 平成 30 年 1 月診療分から 11 月診療分

医療費通知書

(住所) 123-4567

栃木県〇〇市〇〇1-2-3

(氏名) 共済 太郎

(所属所名) 〇〇市役所

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 ①	高額 療養費 ②	支給額 ①+②	確定申告用 自己負担額
共済 太郎 〇〇病院	30 4	4	医科入院	300,000	210,000		90,000	55,400	9,570	64,970	25,030
共済 花子 〇〇歯科	30 6	1	入院時療養費等 医科入院外	5,760 50,000	1,620 35,000	15,000	4,140				4,140
合 計				355,760	246,620	15,000	94,140	55,400	9,570	64,970	29,170

※「公費負担額」は、こども医療費助成や妊産婦医療費助成などの共済組合が把握している国または地方公共団体による負担額です。

医療費控除の申告に使用する際の留意事項

○平成 30 年 12 月診療分など今回の通知に記載のないものを申告する場合

医療機関の発行した領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、申告書に医療費通知書と作成した明細書を添付して申告してください。明細書を添付して申告する場合には、明細書作成に使用した領収書を5年間保存してください。

○実際に負担した自己負担額が「確定申告用自己負担額」と異なる場合

共済組合が把握していない医療費助成を受けている場合は、「窓口負担額」及び「確定申告用自己負担額」の金額を訂正して申告してください。

※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。

上記記事に関する
お問い合わせは

保健課

☎028 - 615 - 7816