

# 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皆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、毎年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12月診療分から令和元年11月診療分

### ●医療費控除の申告に使用する際の留意事項

- ①平成30年12月診療分が記載されている場合は、「確定申告用自己負担額」を控除して申告してください。
- ②今回の通知書に記載のない診療分を申告する場合は、医療機関の領収書に基づき「医療費控除の明細書」を作成し、医療費通知書と併せて申告してください（明細書作成に使用した領収書は5年間保存してください）。

### ●通知例

医療費通知書											
										令和2年2月〇日作成	
										対象月 平成30年12月 ~ 令和元年11月分	
(住所) 123 - 4567											
栃木県〇〇市大通り2 - 3 - 1											
(氏名) 共済 太郎											
(所属所名) 〇〇市 〇〇部 〇〇課 〇〇係											
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 ※	A 窓口 負担額	家族療 養費附 加金等 ①	高額 療養費 ②	B 支給額 ①+②	A-B 確定申告用 自己負担額
共済 太郎 〇〇病院	30	12	2 医科入院 2 入院時療養費等	300,000 1,280	210,000 360		90,000 920	55,400	9,570	64,970	25,030 920
共済 太郎 〇〇医院	31	4	1 医科入院外	7,000	4,900		2,100				2,100
共済 花子 〇〇歯科	1	11	3 歯科入院外	25,000	17,500	7,500					
合			計	333,280	232,760	7,500	93,020	55,400	9,570	64,970	28,050

※「公費負担額」は、共済組合が把握している国または地方公共団体（子ども医療費助成や妊産婦医療費助成など）による負担額です。医療費控除に使用する場合で、共済組合が把握していない医療費助成がある方は、「窓口負担額」及び「確定申告用自己負担額」の金額を控除して申告してください。

上記記事に関する  
お問い合わせは

保健課

☎028 - 615 - 7816