

令和 2X 年 2X 月 2X 日

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様

カスタマーバーコード

業務課 医療給付係

島根県松江市殿町 8 番地 3

島根県市町村振興センター4階

電話 0852-20-7525

後期高齢者医療に係る医療費のお知らせ

このお知らせは、医療機関等で診療を受けられた医療費の額をお知らせするものです。

医療費や保険料を請求するものではありません。別紙「医療費のお知らせの見方」をご覧ください。

あなたの医療費は次のとおりです。

被保険者番号:8XXXXXXX 被保険者氏名:20XXXXXXXXXXXXXXXXXX

対象期間:元号 2X 年 2X 月～元号 2X 年 2X 月診療分

[illegible]

裏面に続く

被保険者番号:8XXXXXXX 被保険者氏名:20XXXXXXXXXXXXXXXXXX

対象期間:元号 2X 年 2X 月～元号 2X 年 2X 月診療分

[illegible]

*…10,000 円以上自己負担額の減額があった医療費

次面に続く