別紙1

8XXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様

カスタマーバーコード

令和2X年2X月2X日

島根県後期高齢者医療広域連合
業務課　医療給付グループ
〒690-0887
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:20XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

対象期間:元号2X年2X月～元号2X年2X月診療分

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	食事療養・生活療養		
						回数	費用額	自己負担額
元号2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXXX	2X	10XXXXXXXX	10XXXXXXXX	3XX	9XXXXXXXX	7XXXXXX
元号2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXXX	2X	10XXXXXXXX	10XXXXXXXX	3XX	9XXXXXXXX	7XXXXXX ＊

裏面に続く

別紙1

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

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	食事療養・生活療養		
						回数	費用額	自己負担額
元号 2X 年 2X 月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXXX	2X	10XXXXXXXX	10XXXXXXXX	3XX	9XXXXXXXX	7XXXXXX
小計（元号 2X 年 2X 月～2X 月）		－	－	－	10XXXXXXXX	－	－	7XXXXXX
小計（元号 2X 年 2X 月～2X 月）		－	－	－	10XXXXXXXX	－	－	7XXXXXX

*…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