# 協会けんぽ加入の方

令和４年１月～９月分の医療費のお知らせがご自宅に届いていますので**原本を持参ください**。

**医療費のお知らせの書類は、原本を明細書に添えて税務署に提出しますので、申告の際にお持ちください。**

★医療機関へ受診の際は、その都度、必ず保険証を
さい。
た場合は、
合は、
ません。速やかに
なお、任意継続被保険者の場合は、直接、協会けんぽ
知

０７９－１１３４
赤平市○○町○○番地

赤平　一郎　様

全国健康保険協会北海道支部
〒060-8524
札幌市北区北７条西 4-3-1
新北海道ビル４階
TEL:011-726-0352

## 医療費のお知らせ

| 保険証の記号番号 | 被保険者氏名 |
|---|---|
| [redacted] | 赤平　一郎 |

健康保険で診療を受けられた加入者の皆様に、健康保険に対する関心を高めていただくことを目的とし、定期的に医療費のお知らせを発行しています。本医療費のお知らせは、医療費控除の申告手続で医療費の明細書として利用することができます。医療費控除の申告に関する事項は、税務署へお問い合わせください。なお、本お知らせの右下に、R4.1～R4.9 までの医療費を記載していますので、医療費控除にご活用ください。なお、R4.10～R4.12 については、医療機関等からの領収書に基づき作成した医療費控除の明細書を追加して添付してください。

| 診療を受けた方 | 診療年月 | 診療区分 | 日数 | 医療機関名等 | 医療費の総額（円） | 協会けんぽからの支払い額（円） | 国等からの支払額（円） | 加入者の支払額（円） | 整理番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 赤平　一郎様 | 0401 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0402 | 外来 | 1 | ○○整形外科病院 | 12,560 | 8,792 | 0 | 3,768 | |
| 赤平　一郎様 | 0402 | 調剤 | 1 | ○○薬局 | 2,170 | 1,519 | 0 | 651 | |
| 赤平　一郎様 | 0402 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 38,880 | 27,216 | 0 | 11,664 | |
| 赤平　一郎様 | 0403 | 歯外 | 1 | ○○歯科医院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0403 | 調剤 | 1 | ○○薬局 | 2,170 | 1,519 | 0 | 651 | |
| 赤平　一郎様 | 0404 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0404 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 72,410 | 50,687 | 0 | 21,723 | |
| 赤平　一郎様 | 0404 | 外来 | 1 | ○○整形外科病院 | 12,560 | 8,792 | 0 | 3,768 | |
| 赤平　一郎様 | 0405 | 歯外 | 1 | ○○歯科医院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0405 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 24,100 | 16,870 | 0 | 7,230 | |
| 赤平　一郎様 | 0406 | 調剤 | 1 | ○○薬局 | 2,170 | 1,519 | 0 | 651 | |
| 赤平　一郎様 | 0406 | 外来 | 1 | ○○整形外科病院 | 12,560 | 8,792 | 0 | 3,768 | |
| 赤平　一郎様 | 0407 | 歯外 | 1 | ○○歯科医院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0407 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0408 | 外来 | 1 | ○○整形外科病院 | 12,560 | 8,792 | 0 | 3,768 | |
| 赤平　一郎様 | 0408 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 66,900 | 46,830 | 0 | 20,070 | |
| 赤平　一郎様 | 0408 | 歯外 | 1 | ○○歯科医院 | 3,880 | 2,716 | 0 | 1,164 | |
| 赤平　一郎様 | 0409 | 調剤 | 1 | ○○薬局 | 2,170 | 1,519 | 0 | 651 | |
| 赤平　一郎様 | 0409 | 外来 | 1 | ○○整形外科病院 | 12,560 | 8,792 | 0 | 3,768 | |
| 赤平　一郎様 | 0409 | 外来 | 1 | ○○市立病院 | 77,040 | 53,928 | 0 | 23,112 | |
| | | | | 合計 | 377,970 | 264,579 | 0 | 113,391 | |

令和４年１月～９月の医療費の支払い額

※この医療費は、協会けんぽにおいて令和３年 12 月から令和４年 11 月までの間に受け付けた診療報酬明細書等（レセプト・柔道整復施術療養費）（主に令和３年 10 月から令和４年９月までに医療機関に受診された分）を記載しており、令和４年 12 月 08 日時点のデータをもとに作成しております。

| R4.1～R4.9 の加入者の医療費の支払い額 | 113,391 |
|---|---|

※医療費控除にご利用ください。なお、R4.10～R4.12 については、医療機関等からの領収書に基づき作成した医療費
の明細書を添付してください。

医療費控除の明細書の(1)に記入

# 4 年分　医療費控除の明細書【内訳書】

※この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません。

住　所　　赤平市〇〇町〇丁目〇番地　　氏　名　　赤平　一郎

## 1　医療費通知に記載された事項

医療費通知（医療費のお知らせ）を提出する方は、次の①～⑥項目を記入します。

※医療保険者等が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6項目が記載されたものをいいます。

（例：健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」）

①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた者、④療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被保険者等が支払った医療費の額、⑥保険者等の名称

医療費のお知らせに記載の令和４年１月～９月分の医療費

| (1) 医療費通知に記載された医療費の額（自己負担額）（注） | (2) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額 | (3) (2)のうち生命保険や社会保険（高額療養費など）などで補てんされる金額 |
|---|---|---|
| 113,391 円 | ㋐ 113,391 円 | ㋑ 円 |

（注）医療費通知には前年支払分の医療費が記載されている場合がありますのでご注意ください。

医療を受けた方ごと、病院や薬局ごと「領収書１枚」ごとではなく、「医療を受けた方」・「病院等」ごとにまとめて記入できます。

| (1) 医療を受けた方の氏名 | (2) 病院・薬局などの支払先の名称 | (3) 医療費の区分 | (4) 支払った医療費の額 | (5) (4)のうち生命保険や社会保険（高額療養費など）などで補てんされる金額 |
|---|---|---|---|---|
| 赤平　一郎 | 〇〇市立病院 | ☑診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 12,300 円 | 円 |
| 赤平　一郎 | 〇〇整形外科病院 | ☑診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 5,800 | |
| 赤平　一郎 | 〇〇〇薬局 | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☑医薬品購入 ☐その他の医療費 | 9,000 | |
| 赤平　一郎ほか | 交通費 | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 16,320 | |
| 赤平　花子 | 〇〇市立病院 | ☑診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 2,300 | |
| 赤平　花子 | クスリの〇〇赤平店 | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☑医薬品購入 ☐その他の医療費 | 6,500 | |
| 赤平　花子 | 〇〇歯科医院 | ☑診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 8,160 | |
| 赤平　次郎 | 〇〇歯科医院 | ☑診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 32,450 | |
| 赤平　次郎 | 〇〇大学病院 | ☑診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | 567,850 | 500,000 |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| | | ☐診療・治療 ☐介護保険サービス ☐医薬品購入 ☐その他の医療費 | | |
| 2の合計 | | | ㋒ 660,680 | ㋓ 500,000 |

交通費はやむを得ない場合以外公共交通機関のものに限ります。内訳が分かるメモを添えてください

令和４年１月～９月の医療費のお知らせに載っていない医療費や交通費など

生命保険などで医療費の補てんを受けた場合はその金額を記入

この明細書は、申告書と一緒に提出してください。

| 医療費の合計 | A | (㋐＋㋒) 774,071 円 | B | (㋑＋㋓) 500,000 円 |
|---|---|---|---|---|

## 3　控除額の計算

| | | |
|---|---|---|
| 支払った医療費 | (合計) 774,071 円 | A |
| 保険金などで補てんされる金額 | 500,000 | B |
| 差引金額（A － B） | (マイナスのときは0) 274,071 | C |
| 所得金額の合計額 | 1,234,500 | D |
| D × 0.05 | (赤字のときは0円) 61,725 | E |
| Eと10万円のいずれか少ない方の金額 | 61,725 | F |
| 医療費控除額（C － F） | (最高200万円、赤字のときは0円) 212,346 | G |

所得金額などわからない場合は空欄のままで結構です

申告書第一表の「所得金額」の合計欄の金額を転記します。
[illegible]の場合には、それぞれの金額を加算します。
[illegible]・・その所得金額
[illegible]合・・・その所得金額
なお、損失申告の場合には、申告書第四表（損失申告用）の「４繰越損失を差し引く計算」欄の 92 の金額を転記します。

申告書第一表の「所得から差し引かれる金額」の医療費控除欄に転記します。