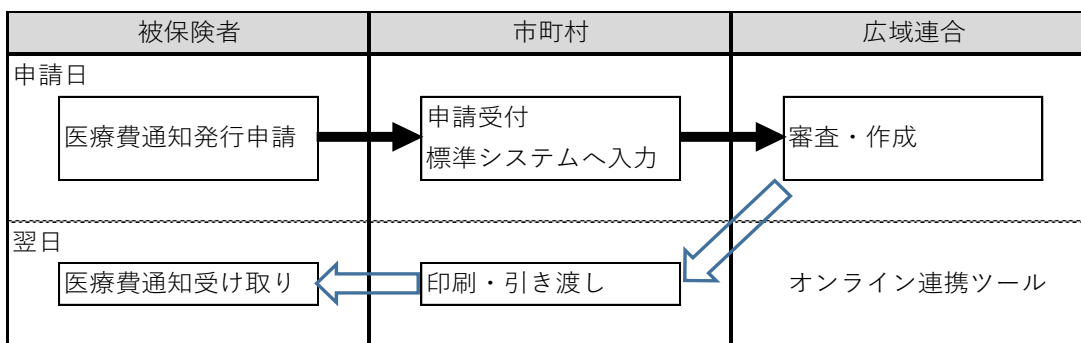


「医療費通知」発行業務 マニュアル

沖縄県後期高齢者医療広域連合
事業課保健事業グループ
令和5年4月

○令和4年2月より市町村の標準システムで医療費通知書の受付及び発行が可能になりました。



市町村での業務

1、窓口で医療費通知交付申請書（様式第1号）の受付。

- ・申請できるのは被保険者・法定代理人・任意代理人・遺族等となっております。受付の際には、身分証明書等で申請者の確認をお願いします。
- ・医療費通知の引き渡しは翌日以降になることを説明する。どうしても当日中に受取希望の場合は広域連合に直接来所するよう伝えて下さい。
- ・申請書の市町村記入欄にチェックをして受付者に記入して下さい。

2、後期高齢者標準システムへの入力。

①「給付」業務の「医療費通知発行申請」を選択する。

沖縄県後期高齢者医療広域連合電算処理システム V03-02

業務選択メニュー

業務選択メニュー

資格業務 賦課業務 収納業務 **給付業務**

システム管理メニュー

システム管理

沖縄県後期高齢者医療広域連合電算処理システム V03-02 資格 ▾ 賦課 ▾ 収納 ▾

給付管理メニュー

被保険者番号 個人番号 性別 生年月日 掲載 〻 検索メモ

住所

レセプト管理

被保険者別レセプト一覧 レセプト一覧 レセプト明細

過誤・再審査入力

過誤 再審査 突合審査

給付受付等

支給サブメニュー 給付状況照会 給付制限対象 振込依頼作成 **医療費通知発行申請**

メンテナンス

医療機関 口座

①医療費通知発行申請

②被保険者番号を入力して検索する。

③対象者を選択する。

個人検索 医療費通知発行申請

検索条件 選択範囲

被保険者番号 ②被保険者番号入力

氏名 カナ 住所 請求年月 検索

被保険者一覧 1件

No	地方公共団体	宛番番号	氏名	市区町村名	生年月日	性別	喪失年月日
1							

③選択

選択

※申請一覧の画面に異動する（初めて申請する場合は「該当するデータがありません」と表示される）ので画面右下の申請を押す。

④受付年月日、診療年月日を入力。確認→更新を押す。

※複数年を発行する場合、そのまま入力すると1枚にまとめられて出力されます。

年ごとに分けて出力する場合は年ごとに入力して下さい。申請者から特に指定がない場合、年ごとに出力してお渡しください。

医療費通知発行申請（登録） 39472113 神城市

被保険者番号 個人番号 ***** 性別 女 生年月日 昭和10年

住所 2-1番1号

医療費通知発行申請情報

受付年月日 5040112 国 令和04年01月12日

診療年月 50301 ~ 50312

発行ステータス

④受付年月日、診療年月日を入力して、確認ボタンを押す。→更新。

戻る 確認

⑤以上で標準システムへの入力は終わりです。

医療費通知交付申請書にシステムへの入力の日付を記入して下さい。

※その日の夜間処理でデータが作成される。

3、医療費通知の引き渡し

①申請日の翌日にオンライン連携ツールを確認する

②作成された「医療費通知」（PDF）を印刷する。

※印刷された「医療費通知」は個人情報となるので取り扱いに注意して申請者が受け取りに来るまで厳重に保管して下さい。

③受取人へ「医療費通知」を引き渡す。

※「医療費通知」が申請者の者であることを確認して下さい。

④引き渡し後は申請書の引き渡し年月日への記入をお願いします。

4、医療費通知交付申請書の進達

- ①受付した申請書を月ごとに集計して「医療費通知受付簿」作成する。
- ②受付簿と申請書（原本）をまとめて他の進達書類と一緒に広域連合へ送付する。
- ※身分証明書の写し等の添付書類は送付する必要はありません。

令和4年2月分 後期高齢者医療 医療費通知受付簿

市町村名（ ）

受付 番号	受付月日	入力月日	被保険者番号	被保険者氏名	引渡し月日	備考
1	2月1日	2月1日	12345678	広域 太郎	2月1日	
2	2月1日	2月1日	11111111	広域 花子	2月1日	
3	2月3日	2月3日	22222222	後期 次郎	2月10日	
4	2月25日	2月25日	33333333	連合 三郎		未受領
5	2月28日	2月28日	44444444	沖縄 ハナ	3月1日	
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

医療費通知交付申請書

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住所

氏名

電話番号

被保険者との関係（ ）

※申請できるのは被保険者本人、法定代理人、任意代理人、遺族等となっております。

下記のとおり「医療費通知」の交付を申請します。

被保険者番号		被保険者	明治・大正・昭和	年
被保険者氏名		生年月日	月	日
住所				
対象年月日	年	月分から	年	月分まで
申請理由	紛失 ・ 破損 ・ その他（ ）			
委任状 （任意代理人が申請する際は被保険者が記入） 私は上記申請者を代理人と認め医療費通知の交付に関する権限を委任します。 年 月 日 委任者 住所 氏名 電話番号				

※市町村窓口での交付は申請日の翌日以降となります。

※任意代理人が申請する場合は委任者本人に対してのみ発行される書類（運転免許証、個人番号カード等）を提示もしくは提出して下さい。

※郵送での交付を希望する場合は返信用封筒と切手を添付して下さい。

※市町村記入欄

申請者の確認 ☐被保険者証 ☐写真入り身分証明書
☐遺族等であることの証明 ☐代理人であることの証明
☐その他（ ）

受付者

システムへの入力 年 月 日

引き渡し年月日 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合



<< [TOP](#) >>

広域連合について

▶ [広域連合の概要](#)

▶ [スケジュール](#)

▶ [事務局の案内](#)

後期高齢者医療制度

▶ [制度の概要](#)

▶ [運営のしくみ](#)

▶ [保険料について](#)

▶ [給付について](#)

▶ [保健事業について](#)

広域連合議会

▶ [議会について](#)

広域連合情報

▶ [広域連合規約](#)

▶ [例規集](#)

▶ [予算と決算](#)

▶ [関係資料](#)

▶ [公告物](#)

▶ [リンク](#)

▶ [申請書等](#)

更新履歴

市町村専用ページ

申請書等

セルフメディケーション税制関係

(事業課 保健事業グループ 098-963-8013)

- [特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の所得控除に関する証明依頼書](#) [PDF](#) (93KB)
- [特定一般用医薬品等購入費を支払った場合の所得控除に関する証明依頼書](#) [PDF](#) (149KB) [【記入例】](#)
- [セルフメディケーション税制 証明の要否 判断チャート](#) [PDF](#) (101KB)

広域連合での医療費通知交付申請関係

(事業課 保健事業グループ 098-963-8013)

- [後期高齢者にかかる医療費通知の交付について](#) [【請求方法のご案内】](#) [PDF](#) (118KB)
- [医療費通知交付申請書](#) [PDF](#) (75KB)
- [医療費通知交付申請書](#) [【記入例】](#) [PDF](#) (105KB)

市町村での医療費通知申請関係

(事業課 保健事業グループ 098-963-8013)

- [医療費通知交付申請書](#) (市町村窓口用) [PDF](#) (434KB)

第三者行為関係 (一般用)

(事業課 保険給付1グループ 098-963-8013)

- [第三者行為による傷病届の提出について](#) [PDF](#) (85KB)
- [第三者行為による傷病届](#) [PDF](#) (40KB) [PDF](#) (79KB)
- [傷病\(負傷\)原因届書](#) [PDF](#) (34KB) [PDF](#) (105KB)
- [念書](#) [PDF](#) (31KB) [PDF](#) (100KB)
- [事故発生状況報告書](#) [PDF](#) (77KB) [PDF](#) (91KB)
- [記入例](#) [PDF](#) (282KB)

第三者行為関係 (保険会社用)

(事業課 保険給付1グループ 098-963-8013)

←医療費通知交付申請書

医療費通知受付簿

:

	受付月日	入力月日	被保険者番号	被保険者氏名	引渡し月日	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

後期高齢者医療「医療費通知」の発行業務Q & A

A 1) 平成29年度に確定申告の添付書類として「医療費通知」が使用できるようになり、今までは広域連合で「医療費明細書」を発行していましたが、来所して申請する場合はうるま市にある広域連合まで来ていただく必要があり、離島や遠方の被保険者にはとても不便でした。

また、被保険者から市町村で受け取れるようにして欲しいとの要望が多数あったため標準システムの改修に合わせて発行できるようにしました。

Q 2) 医療費通知の発行を市町村で行う根拠はありますか。

A 2) 高齢者の医療の確保に関する法律、施行令及び施行規則に、後期高齢者医療広域連合が行う給付に関する通知の引き渡しは市町村の業務と規定されています。

Q 3) 市町村の行う業務はどんなものになりますか。

A 3) 申請者は広域連合に申請して、広域連合が作成して申請者に交付します。市町村は申請書の受付及び医療費通知の引き渡しを行うことになります。

Q 4) 広域連合の発行する「医療費明細書」と「医療費通知」何が違うのですか。

A 4) 「医療費明細書」は開示請求があった際に作成しています。公印を押印するので公的証明として使用できます。公的機関に提出する場合は「医療費通知」では使用できませんので「医療費明細書」を申請して下さい。（確定申告の添付資料としては両方とも使用できます。）

Q 5) 取扱要綱第2条第2項の「その他の理由」とはなんですか。

A 5) 申請者より聞き取りのうえ、不正に利用する目的以外であるか確認した上で市町村で総合的に判断して下さい。（主に確定申告だと思われます。）

Q 6) 申請できる者の判断はどの様にすれば良いですか。

A 6) 取扱要綱第3条第1項に規定していますが、後期高齢者の手続き（被保険者証の再発行、高額療養費の支給申請等）で通常行っている業務と同様の基準で市町村が判断して下さい。

Q 7) 申請書には委任状の欄があり、受領に関する権限を委任するとありますが、申請を代理人が行うことはできますか。

A 7) 申請はあくまでも取扱要綱第3条第1項で規定している者に限ります。申請者本人に申請書を記入してもらって下さい。また、長期入院や施設入所等で本人が記入することが難しい場合の扱いについては、A 6)と同様に市町村が通常行っている業務の基準に基づいて対応して下さい。

Q 8) 被保険者の遺族等の確認はどのように行えばよいですか。

A 8) 基本的には申請者が戸籍や住民票等を提示して証明することになります。ただし、不足している書類の内容を市町村の住民基本台帳システム等で確認できる場合は証明書の提示を省略することも可能とします。その場合は申請証の確認のその他の欄に（システムで確認）と記入をお願いします。

※判断に迷った場合は広域連合にご連絡下さい。

Q 9) 申請者が身分証明書等を忘れた場合はどうしますか。

A 9) 身分証明書の提示等が出来ない場合は書類不備ということで受付を行わないで下さい。ただし、担当職員が申請者本人と顔見知り等で本人であることを確認できる場合は受付可能とします。申請書のその他の欄に確認した理由を記入して下さい。

Q 10) 通知書にはいつまでの診療が印刷されますか。

A 10) およそ2カ月前の診療分までが記載されます。標準システムの「給付」業務の「被保険者レセプト一覧」に載っているデータが印刷されます。問い合わせがあった場合はそちらから確認して下さい。

なお、記載ができるのは申請する年の5年前のものまでなので（例：令和5年中は平成30年まで）それ以前の申請は広域連合で開示請求を行って下さい。

Q 11) 医療費通知の内容について職員が把握する必要はありますか。

A 11) 医療費通知については広域連合が作成し、申請者に通知する書類です。市町村の担当者は住所、氏名、被保険者番号等、申請者を確認するための最低限の情報のみを確認し、必要以上の情報は見ないように心がけてください。

Q 12) 医療費通知の内容について問い合わせがあった場合はどの様に対応すればよいでしょうか。

A 12) 内容についての問い合わせは広域連合にするように伝えて下さい。ただし、申請者から医療費通知を提示され、その内容について問い合わせがあった場合は、通常行っている業務と同様に説明できる範囲で対応して下さい。

Q 13) 医療費通知を受け取りに来た時に印刷して渡しても大丈夫でしょうか。

A 13) あらかじめ印刷しておくこと紛失等の心配があるのでその様な対応も可能とします。

Q 14) 電話で問い合わせがあり、翌日以降に来庁したいと申し出があった場合にあらかじめシステムで入力しても構わないか。

A 14) 基本的には申請書の受付を行ってからシステムの入力を行って下さい。何らかの事情で申請書の受付の前にシステムへの入力を行った場合は入力を行った職員が責任を持って申請書の受付及び医療費通知書の引き渡しを行って下さい。

R 4.1.31追加分

Q 1 5) 取扱要綱第 3 条第 2 項に証明書類を提示もしくは添付とあるがどの様に区別したら良いか。

A 1 5) 窓口で申請する場合は証明書類の提示で足りますが、写しを取る等の判断は市町村で行う他の窓口業務と同様の取り扱いを行って下さい。

申告書を郵送で提出する場合は提示することはできないので証明書（写しでも可）を添付してもらって下さい。郵送の受付で証明書の添付が無い場合は、申請者の確認ができないので受付はできません。

Q 1 6) 標準システムの「対象者レセプト一覧」に載っているが医療費通知に記載されていないものがある。逆に医療費通知には記載されているが標準システムに載っていないものがある。

A 1 6) 第三者求償対象やレセプト返戻中でレセプトの状態区分が「正常」になっていないものに関しては医療費通知には記載されません。

また、年の途中で他市町村から転入してきた被保険者は前市町村での診療分も記載されます。現住所の市町村では前市町村分は標準システムでは確認できません。

Q 1 7) 被保険者から受診していない医療機関が記載されていると言われた。

A 1 7) P C R 検査をしている場合は検査機関（医療機関）を受診していなくても検査機関が記載されます。

また P C R の費用は全額公費負担になりますが、医療費通知には記載されてしまいます。確定申告の際には公費負担の分は申請者自身が訂正する必要があります。医療費通知の下段の 8. に注意事項が記載されています。

Q 1 8) 領収書の金額と違うものがある。

A 1 8) 公費負担があるものに関してはその分が加算されて記載されます。また、1 円単位が四捨五入される場合もあります。支払った金額と医療費通知の金額が違う場合は前問と同様に申請者自身が訂正する必要があります。

Q 1 9) 名前が長い方は、桁あふれとなって名前が印刷されません。

A 1 9) 桁あふれとなってしまった場合は名前が表示されません。広域連合にご連絡頂ければ名前を表示した医療費通知を作成して D ドライブで送付します。P D F に名前を記入して印刷する方法を紹介しますので、市町村で修正する対応が可能な場合は名前を入力したものを印刷して渡して下さい。

Q 2 0) 広域連合に来庁すれば、その日に医療費通知が発行できますか。

A 2 0) 広域連合でも医療費通知の発行は翌日以降になります。即日発行を希望する場合は「医療費明細書」の発行になるので「保有個人情報開示請求書」を広域連合に提出して申請して下さい。

桁あふれ医療費通知に名前を記入して印刷する方法

①医療費通知のPDFをAdobe Acrobat Readerで開き、入力と署名を選択。

904-1303

親展

後期高齢者医療に係る医療費通知

(473138)0000018-01

交付年月日 令和4年1月26日

沖縄県後期高齢者医療広域連合 事業課

〒904-1192
沖縄県うるま市石川石崎1-1
うるま市石川庁舎3階
098-963-8013

あなたの医療費は、下記のとおりです。被保険者番号 対象期間 令和3年1月～令和3年12月

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	費用額	自己負担相当額	食事療養・生活療養	
						回数	費用額
令和3年1月							
令和3年2月							
令和3年3月							
令和3年4月							
令和3年5月							
令和3年6月							
令和3年7月							
令和3年8月							
令和3年9月							
令和3年10月							
令和3年11月							
計				3,629,910	165,000	627,682	251,760

1. この通知は医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、費用額（医療費の総額）、自己負担相当額（支払った医療費の額）を記載しています。医療機関等からの請求書が滞っている場合は同じ月に受診しても支払は別の時期になることがあります。

2. 「日数」欄には、入院・通院の日数の他に、電話等により治療上の意見を求めたもの等も含まれています。

3. 費用額は、次のような保険外費用は含まれていません。

(1) 家の賃借代 (2) 住居時の車代 (3) 療養診断料 (4) 診断料 (5) 入院時室料 (6) 歯科保険外診療 等

4. 「費用額（保険外費用を除く）」のうち、5割（又は所得が一定以上の世帯に属する方は7割）に相当する額が後期高齢者医療保険から医療機関等へ支払われています。残りの1割（又は3割）に相当する額は、皆様が、医療機関等の窓口で負担された額となります。

また、食事療養・生活療養の費用額は標準負担額を含んだ金額です。

5. 窓口で負担された1割（又は3割）に相当する額が一定額を超えるときは、その超えた分について後日請求手続きをされますと高額療養費が支給されます。ただし、標準負担額については、高額療養費の対象にはなりません。なお、公費負担医療受給者は、それぞれの負担額は異なります。

6. 右欄に★の表示がある場合は、10,000円以上の減額認定の対象となったものを示しています。

7. この通知は、医療費控除の申告手続で医療費の明細書として使用することができます。

なお、医療費控除の対象となる支出で、この通知に記載されていないものがある場合には、別途領収書に基づいて「医療費控除の申請書」を作成し、その明細書を申告書に添付していただく必要があります。（この場合、医療費控除は確定申告期限から3年間保存する必要があります。）

8. この通知に記載している自己負担相当額と実際にご自身が負担された額が異なる場合（公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成、療養費、高額療養費がある場合など）には、例えば、自己負担相当額に記載の額から公費負担医療の額を差し引く等、ご自身で額を訂正して申告いただく必要があります。

9. 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。

PDFを書き出し

PDFを作成

PDFを編集

注釈

ファイルを結合

ページを整理

入力と署名

文書およびフォームに電子的に入力および署名用に送信

送信とトラック

その他のツール

②被保険者名を入力したい場所（左側中段付近）をクリックするとテキスト入力ボックスが現れるので、被保険者名を入力して印刷する。

904-1303

親展

後期高齢者医療に係る医療費通知

(473138)0000018-01

交付年月日 令和4年1月26日

沖縄県後期高齢者医療広域連合 事業課

〒904-1192
沖縄県うるま市石川石崎1-1
うるま市石川庁舎3階
098-963-8013

あなたの医療費は、下記のとおりです。被保険者番号 対象期間 令和3年1月～令和3年12月

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	費用額	自己負担相当額	食事療養・生活療養	
						回数	費用額
令和3年1月							
令和3年2月							
令和3年3月							
令和3年4月							
令和3年5月							
令和3年6月							
令和3年7月							
令和3年8月							
令和3年9月							
令和3年10月							
令和3年11月							
計				3,629,910	165,000	627,682	251,760

1. この通知は医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、費用額（医療費の総額）、自己負担相当額（支払った医療費の額）を記載しています。医療機関等からの請求書が滞っている場合は同じ月に受診しても支払は別の時期になることがあります。

2. 「日数」欄には、入院・通院の日数の他に、電話等により治療上の意見を求めたもの等も含まれています。

3. 費用額は、次のような保険外費用は含まれていません。

(1) 家の賃借代 (2) 住居時の車代 (3) 療養診断料 (4) 診断料 (5) 入院時室料 (6) 歯科保険外診療 等

4. 「費用額（保険外費用を除く）」のうち、5割（又は所得が一定以上の世帯に属する方は7割）に相当する額が後期高齢者医療保険から医療機関等へ支払われています。残りの1割（又は3割）に相当する額は、皆様が、医療機関等の窓口で負担された額となります。

また、食事療養・生活療養の費用額は標準負担額を含んだ金額です。

5. 窓口で負担された1割（又は3割）に相当する額が一定額を超えるときは、その超えた分について後日請求手続きをされますと高額療養費が支給されます。ただし、標準負担額については、高額療養費の対象にはなりません。なお、公費負担医療受給者は、それぞれの負担額は異なります。

6. 右欄に★の表示がある場合は、10,000円以上の減額認定の対象となったものを示しています。

7. この通知は、医療費控除の申告手続で医療費の明細書として使用することができます。

なお、医療費控除の対象となる支出で、この通知に記載されていないものがある場合には、別途領収書に基づいて「医療費控除の申請書」を作成していただく必要があります。（この場合、医療費控除は確定申告期限から3年間保存する必要があります。）

8. この通知に記載している自己負担相当額と実際にご自身が負担された額が異なる場合（公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成、療養費、高額療養費がある場合など）には、例えば、自己負担相当額に記載の額から公費負担医療の額を差し引く等、ご自身で額を訂正して申告いただく必要があります。

9. 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。

入力と署名

Ab X ✓ ○ - ● 署名

開始

ページをクリックしてフォームを入力するか、上のツールを選択してください。

将来使用するために返答を自動的に保存するには、サインインします。

さらに詳しく

サインイン

返信オプション

送信とトラック

署名を依頼