

年間医療費のお知らせ

受診者氏名 医療機関等の名称	診療年月	区分	日数 または 回数	医 療 費 内 訳										Aに対する 組合給付額 B	本人最終負担額 A - B			摘要					
				総額			組合負担額			公費負担額			本人負担額 A										
合 計																							

※ 本人最終負担額 (A - B)が、医療費控除の対象となります。