

令和4年12月26日(月)から始まります!

医療費のお知らせは パソコン・スマホから確認できます!

これまで医療費のお知らせは書面でお知らせしていましたが、
専用のWebサイトから見られるようになります。

1

ダイワボウ健康保険組合のサイトから
専用サイトへのリンクボタン「WEB医療費通知」
をクリックする。

医療費のお知らせ専用サイト
<https://web.kenpo.gr.jp/daiwabo-kenpo/>



2

専用サイトへログインする。

初回ログインパスワード

健康保険 被保険者証	記号 ① 9999	番号 ② 999999
本人 (被保険者)	氏名 健保太郎	
	ダイワボウ健康保険組合	③ 99999999

①記号
②番号
③パスワード(発行通番9ケタ)

※パスワードは本人(被保険者)の保険証の発行通番です。
家族(被扶養者)の保険証の発行通番ではログインできません。

初回ログイン後、パスワードを変更してください。

組合員専用サイト

組合員利用者認証

ログイン情報を入力して、ログインボタンを押してください

①
②
③

①~③を半角で入力して
ログインボタンを押す

➔ ログイン

3

毎月の医療費を確認する。

「当月の医療費」や過去のデータを
期間指定で見ることができます。

ダイワボウ健康保険組合



【お問合せ】ダイワボウ健康保険組合

〒541-0056 大阪市中央区久太郎町3-6-8 TEL 06(6281)2525

WEB医療費のお知らせ Q & A

Q1 被扶養者（家族）でもログインできますか？

初回パスワードは、被保険者の保険証の発行通番となっています。被扶養者の発行通番ではログイン出来ません。

Q2 パスワードを忘れてしまいました。どうすればいいですか？

当健保で初回パスワード（発行通番）に初期化します。ご連絡ください。

連絡先：06-6281-2525（担当 楠）

Q3 最新の情報はいつ見られますか？

医療機関からの診療報酬明細書（レセプト）は、審査機関を經由して健保に到着するため、治療月から3カ月後に医療費のお知らせに反映され、毎月25日頃更新されます。

（例、診療月：令和4年12月分→医療費のお知らせ：令和5年3月25日頃）

なお、レセプトの到着が遅れた場合は医療費のお知らせへの反映も遅れます。

Q4 受診者名の名前が表記されませんが、確認することができますか？

WEBでは個人情報保護のため受診者名を表記しておりません。

必要な場合は、別紙「医療費通知発行依頼書」を健保にご提出ください。個人名が記載された「医療費のお知らせ」（A4書面）をお送りいたします。

Q5 医療費のお知らせを確定申告に利用できますか？

WEB画面に表示された「医療費のお知らせ」をそのまま利用することはできません。

2月中旬頃からWEB画面に医療費控除用のデータダウンロードおよび医療費集計フォーム転記用の画面が表示されますので、ダウンロードしたデータをご利用ください。

または、別紙「医療費通知発行依頼書」にて「医療費のお知らせ」（A4書面）を健保にご依頼のうえ、添付資料としてご利用ください。なお、反映されていない診療月分については、医療機関でもらった領収書等でご確認ください。

Q6 記載されている自己負担額と実際に支払った額が違います

医療費のお知らせでは、10円未満の金額まで記載されていますが、医療機関等の窓口で支払う医療費は、10円未満の金額につき端数処理（四捨五入）が行われています。

また、公費負担医療や自治体単独の医療費助成等を受けている場合は、実際の自己負担額が医療費のお知らせ等に反映されません。確定申告（医療費控除）する場合は、ご負担された実際の額を申告者ご自身で修正する必要があります。申告方法については所轄の税務署にお問い合わせください。

医療費通知 発行依頼書

申請者等	被保険者証の 記号番号	記号	番号	依頼日	令和	年	月	日
	氏名	生年月日		昭和 平成	年	月	日	
	住所	〒 - TEL - -						
	医療費通知に記載する 被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人	<input type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> 遺族の法定代理人	<input type="checkbox"/> 遺族の任意代理人	

期間	発行を希望する 診療期間	平成 令和	年	月	～	平成 令和	年	月
		※発行できる直近の診療月は依頼月の3か月前までとなります。						

※申請者の「住所」以外に送付する場合にご記入ください。

送付住所	〒 - TEL - -
※宛名は申請者名に限ります	

記載される者	※医療費通知に記載される者が申請者と異なる場合(記載される者以外の者が申請する場合)							
	氏名	生年月日		昭和 平成	年	月	日	
	住所	〒 -						

上記のとおり医療費通知の発行を申請します。

【添付書類】

- 本人が申請する場合：申請者等の本人確認書類(ただし被保険者が事業所経由で申請する場合は不要)
公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの
例)・健康保険証のコピー ・運転免許証のコピー など
- 代理人が申請する場合：代理人の本人確認書類+代理人であることを証明する書類(記入日前30日以内に作成されたもの)
法定代理人：法定代理関係を確認できる書類
任意代理人：委任をした申請者等の署名・押印のある医療費通知の発行に関する委任状と押印された印の印鑑登録証明証
- ご遺族が申請する場合：ご遺族の本人確認書類+ご遺族と加入者の関係確認書類
医療費通知に記載される者が亡くなったことが確認できること及び加入者の遺族であることが確認できるもの
例)・戸籍謄本(又は抄本) ・住民票(除票) ・死亡診断書のコピー

健康保険組合処理欄

発行年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	係		

受付	処理