

領収証明書

令和 年 月 診療分

金額	百	拾	万	千	百	拾	円
----	---	---	---	---	---	---	---

医療機関コード

上記金額を令和 年 月 日に領収したことを証明します。

令和 年 月 日

住所

医療機関の 名称

電話番号



※ 医療機関様へのお願い

- ・診療報酬明細書(レセプト)の写しをお渡しく下さい。
- ・領収金額は食事代を含めた金額をご記入ください。

理由書

医療機関等で保険診療できなかった理由は、下記のとおりです。(○をつけてください)
記

1. 緊急その他やむを得ない事情により、被保険者証を提示しないで保険医療機関等で診療を受けたため。
2. 緊急その他やむを得ない事情により、保険医療機関以外の医療機関等で診療を受けたため。
3. あんま・はり・きゅう・マッサージ師の施術を医師の同意を得て受けたため。
4. 被保険者資格は取得したが、被保険者証の交付を受けない間に保険医療機関等で受診したため。
 - (1) 資格取得日より14日以内に国保加入の届け出をしていたが、被保険者証を受領する以前に医療機関等で受診したため。
 - (2) 被保険者が病气療養中で手続きができない状況であったため。
 - (3) 被保険者の家族等に介護の必要があり、手続きができない状況であったため。
 - (4) 被保険者が仕事の都合または、県外や市外に赴く事情があり、手続きに来ることができなかったため。
 - (5) 事業所(社会保険事務所)から資格喪失証明書等の交付を受けるのが遅れたため。
5. 保険証の更新が遅れ、医療機関での払い戻しができなかったため。
 - (6) 社会保険の資格喪失後、社会保険が切れていることを知らず、社会保険をそのまま使用したため。
 - (7) 社会保険の扶養の資格をさかのぼって喪失したため。

※上記の理由の以外で保険診療を受けることができなかった方は、その理由を記入してください。

委任状

右記のものを代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

委任者(世帯主)

受任者(表面の口座名義人)

住所

住所

氏名



氏名