

領 収 証 明 書

※領収書がある場合は記載不要です

金額	百	拾	万	千	百	拾	円
				9	8	0	0

令和 3 年 6 月診療分
医療機関コード
43.2200006

上記金額を、令和 3 年 6 月 10 日に領収したことを証明します。

令和 4 年 11 月 7 日

住所 熊本市中央区手取本町1-1
医療機関の 名称 熊本病院 熊本
電話番号 000-0000

※ 医療機関様へのお願い

・診療報酬明細書(レセプト)の写しをお渡してください。
・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が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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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理由
 - 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。
 - 被保険者が病気療養中で、国保加入の届け出ができない状況であったため。
 - 被保険者の家族等に介護の必要があり、国保加入の届け出ができない状況であったため。
 - 被保険者が仕事の都合または県外等に赴く事情があり、国保加入の届け出ができなかったため。
 - 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。
- 証明書取得日 年 月 日
- 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。
- 社会保険の扶養の資格をさかのぼって喪失したため。
- 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。

※上記の理由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) ※世帯主以外の口座に振込を希望する場合はご記入ください	受任者(表面の口座名義人)
	住所 氏名	住所 氏名