顛　末　書

私、(私の被扶養者)＿＿＿＿＿＿＿＿が、健康保険で診療を受けることができず、やむを得ず自費診療を行ったその顛末(経過)については下記の通りです。

記

1. 傷病発生日時　　令和　　年　　月　　日　　時頃

2. 自費診療となるまでの詳しい経過
(病院に行くときに、なぜマイナ保険証もしくは資格確認書を持って行かなかったか、具体的に)

神奈川運輸業健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

事業所記号 ＿＿＿＿ 被保険者整理番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞