

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 _____ (印)

※ この用紙は必ず顛末書(本紙)に添付すること

顛末書

別紙(本紙につづく)

[illegible]