

記入例

受診された方全員分を作成してください。
※外来、入院どちらもある場合は2枚

(~ 分)

医療機関等	名称	診療報酬明細書の通り		
	所在地	診療報酬明細書の通り		
	医師名等	(空白可)		
療養内容	傷病名	発病又は負傷年月日		
	診療報酬明細書の通り	(空白可) 年 月 日		
原因及び経過		第三者の行為によるものか		
この部分は記入不要です。 (空白可)		☐ はい ☒ いいえ		
療養の給付を受けることができなかった理由		療養内容		
資格喪失後受診のため		診療報酬明細書の通り		
療養に要した費用の額	入院・入院外の別	食事療養費の有無	食事療養費の額	
	☐ 入院 ☐ 入院外	☐ 有 ☐ 無		

「同意書兼委任状」に記載
した市区町村をご記入くだ
さい。

受診された方についてご記入ください。

受診された方が世帯主（被保険者の）場合、続柄の記入は不要です。

この部分は記入不要です。

上記のとおり申請します。

(フリガナ)

(申請者) 氏 名 :

生 年 月 日 :

国民健康保険の記号・番号 :

キョウカイ タロウ
協会 太郎
昭和51年1月22日

123 — 456

「同意書兼委任状」に記載した世帯主（被保険者）および記号・番号をご記入ください。