## ※1枚目が本人請求、2枚目が代理人請求の例です

記入例(本人請求)

(様式第1号)

(表面)

## 診療報酬明細書等開示請求内訳書

受付整理番号

	氏	(フリガナ) コウキ イ	タロウ						_
	名	後期	太郎	•	昭和〇〇	年 〇	月 C	〇 日生	
	住	〒 320-0033 栃	木都道府県	宇都宮	郡市区	本町3	-9		
	所		05						
請	受	: 診 者 と の 関 係 1. 本人 2. 法定代理人 3. その他 ( )						窓口交付による	
明求者	開	示(交付)の方法 1.	る交付を希望 開示実施希望 年 月				3		
欄	* 1	遺族の氏名 (フリガ	ナ)		•				
	及て	が生年月日 ー		年		月	日生		
	診療報酬明細書等の「傷病名」欄、「摘要」欄、「医学管理」欄、全代の「その他」欄、「処置・手術」欄中の「その他」欄及び「症状詳記」を伏せて開示することについて、同意されますか						はい	いいえ	
	保険医療機関等に開示についての意見を照会し、又は開示した旨を保険 医療機関等へ連絡することについて同意されますか							<b>)・</b> いいえ	

- ※「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。
  - なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してくだ さい。(その他の場合は、押印の必要はありません。)
- ※「住所」欄は、請求者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番 アパート名等まで詳しく記入してください。
- ※\*欄は、請求者が遺族等の場合にのみ記入してください。
- ※受診者が死亡している場合で、保険医療機関等への照会・連絡についてご同意をいただけな いときは、開示請求者が特定されない形で照会・連絡を行います。

	氏	(7)	Jカ`ナ)							
受	名						年		月	日生
診土	住	Ŧ		都道府県		郡市	辽区		町村	
診者欄	所				(電話	)	-		-	
			診療時にお	ける被保険者番号	1 2	3	4 5	6 7	8	

- ※受診当時の氏名を記入してください。 ※開示請求者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

診療年月	診療報酬明細書等区分					
令和6年4月~令和6年6月診療分	1 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他					
保険医療機関等名: <mark>後期医院</mark>	所在地:宇都宮市本町4-9					
令和5年9月~令和6年3月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他					
保険医療機関等名: <mark>高齢内科クリニ</mark>	ック 所在地:宇都宮市本町5-9					
年 月~ 年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他					
保険医療機関等名:	所在地:					
年 月~ 年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他					
保険医療機関等名: 所在地:						
<b>受付日付印</b>	<b>受領者 (                                   </b>					

受領者(請求者)者名

※受領の際にご記入下さい。

(様式第1号)

(表面)

## 診療報酬明細書等開示請求内訳書

受付整理番号

請求者	氏名	(フリガナ) コウキ イチロウ 後期 一郎	昭和〇〇年〇月〇〇日生					
	住	〒 320-0033 栃木 都道府県 宇都宮	13-9					
	所	(電話	6805					
	受	診者との関係1.本人 2.法定代理人 3.その	窓口交付による					
	開	示(交付)の方法 1. 窓口交付を希望 2. 郵送によ	る交付を希望	開示実施希望日 年 月 日				
欄	*1	貴族の氏名 (フリガナ)						
	及で	が 生年月日	年	月 日生				
	$\mathcal{O}$		学管理」欄、全 及び「症状詳記					
		食医療機関等に開示についての意見を照会し、又は 寮機関等へ連絡することについて同意されますか	険はいいいえ					

※「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。

なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してくだ さい。 (その他の場合は、押印の必要はありません。)

- ※「住所」欄は、請求者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番 アパート名等まで詳しく記入してください。
- ※\*欄は、請求者が遺族等の場合にのみ記入してください。
- ※受診者が死亡している場合で、保険医療機関等への照会・連絡についてご同意をいただけないときは、開示請求者が特定されない形で照会・連絡を行います。

	氏	(フリガ・ コウキ タロウ
受	名	後期 太郎 昭和〇〇 年 〇 月 〇〇 日生
診土	住	〒 320-0027 栃木 都道府県 宇都宮 郡市区 塙田1-1
診者欄	所	(電話 028-627-6830
		診療時における被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

※受診当時の氏名を記入してください。 ※開示請求者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

診療	年	月	診	療	報酬	明細	書	等 区	分
令和6年4月~	合和6年	6月診療分	1. 医科入院	之 2.	医科入院	外 3.	歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名:後期医院 所在地:宇都宮市本町4-9								)	
令和5年9月~□	合和6年	53月診療分	1. 医科入院	t (2.	医科入院	外 3.	歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等の	4:高齢	命内科クリニ	ック		所在地	: 宇都宮	本市写	町5-9	)
年 月~	年	月診療分	1. 医科入院	之 2.	医科入院	外 3.	歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等の	保険医療機関等名:								
年 月~	年	月診療分	1. 医科入院	之.	医科入院	外 3.	歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等の	占:				所在地	:			
受付日付	印				j	受領者	(請求	(者) 署名	1

※受領の際にご記入下さい。