

※ 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

請求者欄	氏名	(フリガナ) コウキ タロウ 後期 太郎	昭和〇〇年 〇月 〇〇日生
	住所	〒 320-0033 栃木 都道府県 宇都宮 郡市区 本町3-9 (電話 028-627-6805)	
	受診者との関係	1. 本人 2. 法定代理人 3. その他 ()	
	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	
	窓口交付による開示実施希望日	年 月 日	
	*遺族の氏名	(フリガナ)	
	及び生年月日	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、全体の「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		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。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	年 月 日生
	住所	〒 - 都道府県 郡市区 町村	(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： 後期医院	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： 高齢内科クリニック	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：

受付日付印

受領者（請求者）署名

※受領の際にご記入下さい。

診療報酬明細書等開示請求内訳書

受付整理番号

請求者欄	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	
	住所	〒 320-0033 栃木 都道府県 宇都宮 郡市区 本町3-9 (電話 028-627-6805)		
	受診者との関係	1.本人 2.法定代理人 <input checked="" type="radio"/> 3.その他(子)	窓口交付による 開示実施希望日 年 月 日	
	開示(交付)の方法	1.窓口交付を希望 <input type="radio"/> 2.郵送による交付を希望 <input checked="" type="radio"/>		
	*遺族の氏名 及び生年月日	(フリガナ) _____ 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、全体の「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 <input checked="" type="radio"/> 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			<input checked="" type="radio"/> 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。

受診者欄	氏名	(フリガナ) コウキ タロウ 後期 太郎	昭和〇〇年〇月〇〇日生
	住所	〒 320-0027 栃木 都道府県 宇都宮 郡市区 埜田1-1 (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～令和6年6月診療分	1. <input checked="" type="radio"/> 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： 後期医院	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. <input checked="" type="radio"/> 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名： 高齢内科クリニック	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：

受付日付印

受領者（請求者）署名

※受領の際にご記入下さい。