

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) _____	年	月	日生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____ (電話) _____	印		
	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 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 2.郵送による交付を希望			
	*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				
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 _____ 市区町村 _____ (電話) _____			
診療時における被保険者証の被保険者番号 _____					

- ※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				
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。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 請求者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 後期高齢者医療被保険者証 3. 外国人登録証明書 4. 住民基本台帳カード 5. 旅券 (パスポート) 6. 年金手帳 (年金証書) 7. 共済年金証書 8. 恩給証書 9. その他 ( )
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B 法定代理人の 確認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他 ( )
---------------------	-----------------------------------------------------------

C 親族・弁護士 の確認書類	1. 被保険者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求にかかる「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書 3. 戸籍謄本 (抄本) 4. 住民票 5. その他 ( )
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

※Cの書類は、1，2とも必要。

D 遺族の 確認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. その他 ( )
------------------	-----------------------------------

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄					
整 理 番 号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚