

診療報酬明細書等開示請求書

丸亀市長 あて

請 求 者 欄	氏名 (法人の商号又は名称及び 代表者の氏名)	(フリガナ) マルガメ タロウ 丸 亀 太 郎	男 ● 女	○年 ○月 ○日生
	住所	〒763-8501 香川 都道府県 丸 郡市区 大手 町村 二丁目3番1号 (電話) 0877-23-2111		
	受診者との関係	① 本人 2 遺族 3 (本人・遺族)の法定代理人 4 (本人・遺族)の任意代理人		閲覧による開示実施希望日 令和○年○月○日予定
	開示(交付)の方法	1 閲覧 ② 窓口交付 3 郵送による交付		
	※ 遺族の氏名		生年月日	年 月 日生
	※ 開示することは被保険者等の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか			
傷病名等の開示が必要ですか				はい・いいえ

- 注意1 「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。)
- 注意2 「住所」欄は、請求者が提出又は提示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。
- 注意3 ※印は、遺族に関する開示請求される方のみ、記入してください。
- 注意4 「遺族の氏名」欄は、請求者が遺族の法定代理人又は委任を受けた任意代理人の場合のみ記入してください。
- 次のとおり診療報酬明細書等の開示(閲覧 写しの交付)を請求します。

受診者欄	氏名 (フリガナ)	性別	男 女	年 月 日生
	住所	都道府県	郡市区	町村 (電話) — —
被保険者証の記号番号		香川2 0000001		

- 注意1 受診当時の氏名及び住所が変更になっている方は、当時の事項を記入してください。
- 注意2 開示請求者が本人の場合は、「氏名、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。
 診療報酬明細書等請求内訳

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
保険医療機関等の名称	■■病院 (所在地) 丸亀市大手町○丁目○番○号
○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
保険医療機関等の名称	●●調剤薬局 (所在地) 丸亀市大手町○丁目○番○号
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
保険医療機関等の名称	(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
保険医療機関等の名称	(所在地)

受領者(請求者)署名

※閲覧及び受領の際にご記入ください。

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人 確認書類	1 運転免許証 2 国民健康保険被保険者証 3 健康保険被保険者証 4 共済組合員証 5 住民基本台帳カード 6 旅券（パスポート） 7 年金手帳（基礎年金番号通知書） 8 年金証書 9 共済年金証書 10 恩給証書 11 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 任意代理人の 確認書類	1 被保険者又は被扶養者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求 にかかると「委任状」 2 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
---------------------	---

※Cの書類は、2点とも必要。

D 本人（受診者） 死亡・遺族特定 の確認書類	1 戸籍謄本（抄本） 2 住民票（除票） 3 死亡診断書 4 その他（ ）
----------------------------------	--

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚