

記載例

様式①

(表)

診療報酬明細書等開示請求書（本人用）

年 月 日提出

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

		受付整理番号			
請求者	氏名	(フリガナ) 広域 太郎 印	男 女	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生	
	住所	(812 - 0044) 福岡市博多区千代4丁目1番27号 電話092 (651) 3110			
	受診者との関係	1 本人 2 法定代理人 3 任意代理人		開示希望日 年 月 日	
	希望する開示方法	1 閲覧 2 窓口交付 3 郵送		傷病名等を伏せた開示を希望 する しない	
	書類の送付先（住所と異なる場合のみ記載）	(-)			
	書類の送付先が、上記住所又は本人確認のための書類に記載された住所と異なる理由（理由）				
【郵送の場合のみ】 上記の住所、氏名、生年月日、性別、書類の送付先とその理由(住所と異なる場合)については、真実と相違ないことを誓います。 年 月 日 氏名（署名） 印					

※診療報酬明細書等の開示請求ができるのは、本人または法定代理人、任意代理人のみです。

※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。

※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。

※傷病名等を伏せた部分開示を希望した場合、保険医療機関等に対する事前確認は行わず開示し、傷病名を伏せた部分開示を行った旨を保険医療機関等に連絡します。

※郵送による請求のときは、住民票の送付が必要です。

個人情報の保護に関する法律第76条の規定により、次のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

受診者	氏名	(フリガナ) 広域 太郎	男 女	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生
	住所	(812 - 0044) 福岡市博多区千代4丁目1番27号 電話092 (651) 3110		

※請求者が本人の場合は、性別、生年月日及び住所の記入は不要です。受診当時の氏名を記入してください。
開示請求する診療報酬明細書

診療年月	診療報酬明細書等区分
① 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)
② 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)
③ 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)
④ 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)

開示請求ができるのは、過去5年分です。年月、病院名を特定していただければ、開示請求することができません。

記載例

受付欄	受領者（請求者）署名欄（※受領の際にご記入ください。）
-----	-----------------------------

（裏）

【職員処理欄】

※以下の各欄は、記入の必要はありません。

A	請求者本人の確認書類（下記の 1 から 7 において 1 点以上を確認する）
	1. 後期高齢者医療被保険者証 2. 運転免許証 3. 健康保険被保険者証 4. 住民基本台帳カード 5. 旅券（パスポート） 6. 住民票 7. その他（ ）
B	法定代理人の確認書類（下記の 1 から 5 において 1 点以上を確認する）
	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（下記の 2 点必要）
	1. 委任者の押印のあるレセプト開示請求に係る「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Aの複写物及びBの写しも併せて必要。

※郵送の場合は住民票が必要。

診療報酬明細書等摘要欄					
内訳	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚