

様式⑨

(表)

診療報酬明細書等開示請求書（遺族用）

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

年 月 日提出

		受付整理番号			
請求者欄	氏名	(フリガナ)	男 女	年 月 日生	
	住所	電話 ()			
	受診者との関係	1 遺族 2 遺族（未成年・成年被後見人）の法定代理人 3 遺族の任意代理人 2 及び 3 のとき遺族の氏名と生年月日 () 年 月 日生			
	開示の方法 1 閲覧 2 窓口交付 3 郵送			開示希望日 年 月 日	
	医師の個人情報がある場合、保険医療機関等へ意見を照会することに同意しますか。			はい・いいえ	
	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しますか。			はい・いいえ	
	開示を求める特別な理由があれば記載してください。				
	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					

※ 「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。（郵送による請求の場合は、押印が必要です。）

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。

福岡県後期高齢者医療広域連合死者情報取扱要綱第4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)	男 女	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生
	住所	電話 ()		
	診療時における後期高齢者医療被保険者番号			

※ 受診当時の氏名を記入してください。

診療年月日	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)
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)

【職員处理欄】

※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。

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					
内訳	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数 枚	