

診療報酬明細書等開示請求書（本人用）

年 月 日提出

福島県後期高齢者医療広域連合長

受付整理番号 _____

請求者欄	氏名	(フリガナ)		男・女	1. 大正 2. 昭和 3. 平成 年 月 日 生
	住所	〒 都道府県 郡市区 町村 (電話) - -			
	受診者との関係	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人			
	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 3. 閲覧を希望		窓口による開示実施希望日 年 月 日	
		傷病名等を伏せた診療報酬明細書等の開示を希望されますか。		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。
※傷病名等を伏せた開示を希望した場合、保健医療機関等に対する事前照会は行いませんが、開示後に傷病名を伏せた開示を希望したため部分開示を行った旨を、保健医療機関等へ連絡します。

福島県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第 13 条の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します

受診者欄	氏名	(フリガナ)		男・女	1. 大正 2. 昭和 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				

※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、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。
※所在地は、市区町村名まで記入してください。

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)
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)

【受領者確認欄】	年 月 日	受領者（請求者）署名
1 窓口交付を受けました		
2 閲覧しました		※受領の際にご記入ください。

(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. その他の健康保険被保険者証 4. 外国人登録証明書 5. 住民基本台帳カード（要顔写真添付） 6. 旅券（パスポート） 7. 年金手帳（年金証書） 8. 共済年金証書 9. 恩給証書 10. その他（ ）
---------------------	--

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

C 任意代理人の 確認書類	1. 被保険者の署名・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
---------------------	---

* B及びCの書類は、いずれも開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。

* Cの書類は、2点とも必要

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

(様式 9 別紙)

1 受診期間

平成 年 月診療分から平成 年 月診療分まで

2 医療機関名

・調剤、柔整を除く全ての医療機関

・

・

・

・

・

・

※医療機関名の右側に、所在地を()で市区町村までお書きください。

上記 1 及び 2 に該当する診療報酬明細書等の開示を依頼します。

年 月 日

氏名 _____

(自筆署名)

福島県後期高齢者医療診療報酬明細書等の開示を請求される方へ（お知らせ）

広域連合では、県民等へのサービスの充実を図る観点から、後期高齢者医療診療報酬明細書等の開示の請求があった場合、個人のプライバシーの保護及び診療上の支障が生じないこと等を確認したうえで開示しているところであります。

「診療報酬明細書等開示請求書」を提出される方は、あらかじめ、この「お知らせ」をご覧ください、必要書類等をご持参のうえ、手続されるようお願いいたします。

1 開示の請求ができる方

開示の請求ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

- (1) 開示を請求する診療報酬明細書等に記載されている本人
- (2) 本人から開示の請求について委任を受けた代理人
- (3) 本人が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人

2 開示の請求に当たって必要な書類等

各市町村後期高齢者医療担当課へ、必ず、開示の請求ができる方本人が直接、次の書類等をご持参のうえ手続きをしてください。

- (1) 診療報酬明細書等開示請求書（診療年月及び保健医療機関毎の指定が必要です）
- (2) 開示を請求する方の本人確認ができる書類（詳細は裏面）

3 開示の請求される方の本人確認

開示の請求ができるのは上記1の該当者本人に限っており、また、手続き等に当たって、開示を請求される方本人であることを確認するため必要書類の提示を求めています。これは、あくまでも個人のプライバシーを保護する観点から欠かせないことであり、ご理解をお願いします。

4 保険医療機関等に対する事前照会及び連絡

- (1) 診療報酬明細書等の開示に当たっては、当該保険医療機関等に、診療上支障がないことを照会する必要があります。従って、当該保険医療機関等から開示の同意が得られなかった診療報酬明細書等は、開示できませんのでご理解をお願いします。

ただし、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」を伏せた開示を希望される場合は、保健医療機関等に対する事前照会を行わず、開示決定を行った後に事後連絡を行うことについてご了承ください。

- (2) 調剤報酬明細書を開示する場合においては、事後に保険薬局へお知らせすることについてご了承ください。

5 診療内容に係わる照会

広域連合では、診療内容についての照会に対してはお答えできませんのでご了承ください。

6 開示（交付）の事務処理

- (1) 開示請求書を受理した日から開示（交付）までの所要日数は、市町村からの送付、当該診療報酬明細書等の抽出作業、保険医療機関等への事前確認のため1ヵ月程度日数を要します。
- (2) 開示（交付）方法については、「診療報酬明細書等開示請求書」又は「診療報酬明細書等開示決定通知書」と併せて送付する「開示の実施方法等申出書」で指定された方法により交付します。なお、郵送による交付を希望された場合には、通常郵便で「親展」扱いによる送付となります。

7 その他

- (1) 診療報酬明細書等は、保険医療機関等が保険診療に要した費用を保険請求するため、一定の基準に従って記載されるものであり、保険診療外のものなど必ずしも診療内容のすべてが記載されているものではないことをご理解願います。
- (2) 開示の請求があった診療報酬明細書等について、何らかの事情によりその存在が確認できない場合には、ご依頼にお答えできないことをご了承願います。
- (3) 診療報酬明細書等の写しの交付を受ける場合は、コピー代等の実費が必要となります。

「診療報酬明細書等の開示請求書」の提出の際
開示を請求される方の本人確認に必要な書類

開示に必要な身分を証明するもの

後期高齢者医療被保険者証、運転免許証、国民健康保険被保険者証、共済組合員証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード（顔写真が貼付されているものに限る。）、旅券（パスポート）、年金手帳（基礎年金番号通知書）、年金証書、共済年金証書、恩給証書、健康保険組合等が発行している健康保険被保険者証（遠隔地被保険者証を含む。）等

開示を請求される方が本人の場合

上記「開示に必要な身分を証明するもの」のうちいずれか

※ 婚姻等のため、開示請求書の提出時の氏名と開示を請求するときの診療時の氏名が異なる場合は、旧姓等の確認できる書類

開示を請求される方本人が成年被後見人の場合における法定代理人の場合

上記「開示に必要な身分を証明するもの」のほか成年被後見人及び法定代理人が確認できる次のいずれかの書類

- （１）戸籍謄本（抄本） （２）住民票 （３）後見開始審判書 （４）家庭裁判所の証明書
- （５）その他の法定代理人関係を確認できる書類

開示を請求された方が本人から委任を受けた方の場合

上記「開示に必要な身分を証明するもの」のほか本人の署名・押印のあるレセプト開示請求に係る「委任状」及び当該委任状に押印の印の印鑑登録証明書