（様式９別紙）

１ 受診期間  
　　　　　年　　　月診療分から　　　　　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）