（様式第９号） （表面）

診療報酬明細書等開示依頼書

　　　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者欄 | 氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  　印 | | 男女 | 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.遺族2.（未成年・成年被後見人）の法定代理人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 | |
| ＊遺族の氏名　　(ﾌﾘｶﾞﾅ)　　　　　　　　　　　　　　1.明治　2.大正　3.昭和　4.平成  　及び生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 被保険者本人の生前の意思、名誉を傷つける恐れ等について、保険医療機関等に意見を照会することについて同意されますか | | | | | | 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） | | | | | | |

※「氏名」欄は、必ず依頼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下さい。

　（その他の場合は、押印の必要はありません。）

※「住所」欄は、依頼者が提出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下さい。

※＊印欄は、依頼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下さい

※保険医療機関等への意見照会について同意されない場合は、依頼者を特定しないかたちで照会いたします。

次のとおり診療報酬明細書等の開示（交付）を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者欄 | 氏名 | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | | | | 男女 | 1.明治　2.大正　3.昭和　4.平成  　　　　　　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番号 | | | | | | | | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |

* 受診当時の氏名を記入してください。
* 所在地は、市区町村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） |

【受領者確認欄】　　　　年　　月　　日　 　　　　　　　　　受領者（依頼者）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）

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者の本人  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（要住所記載）　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)　　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. 遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼にかかる「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、いずれも開示依頼をする日前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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |