

診療報酬明細書等開示依頼書

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日提出

受付番号：

次のとおり診療報酬明細書等の開示（交付）を依頼します。

開示依頼者欄	フリガナ		男・女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	
	氏名	印		年	月	日	生	
	住所	〒 — (電話) — —						
	被保険者との関係	1 遺族 2 法定代理人 3 任意代理人			窓口交付による 開示実施希望日			
	開示（交付）の方法	1 窓口交付を希望 2 郵送による交付希望			年 月 日			
	フリガナ		男・女	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	
	遺族の氏名			年	月	日	生	
	保険医療機関等へ開示についての意見を照会し、又は開示をした旨を保険医療機関等へ連絡することについて同意されますか。						はい・いいえ	
	開示することは被保険者の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか。						はい・いいえ	
	(開示を求める特別な理由を記載してください。)							

※「氏名」欄は、必ず開示依頼者本人が署名及び押印してください。

※「住所」欄は、開示依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を正確に記入し、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

被保険者欄	フリガナ		男・女	1 明治	2 大正	3 昭和
	氏名			年	月	日
	住所	〒 — (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。

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（開示依頼者）署名

※受領の際にご署名ください。

※ 以下の各欄は記入する必要がありません。

A 開示依頼者の本人確認書類等	1 運転免許証 2 旅券 3 その他 ()
-----------------	------------------------------

B 遺族であることの確認書類等	1 戸籍（除籍）謄本 2 戸籍の記載された住民票謄本
-----------------	-------------------------------

C 法定代理人の確認書類等	家庭裁判所の証明書
---------------	-----------

D 任意代理人の確認書類等	1 遺族の署名及び押印のあるレセプト開示依頼に係る委任状 2 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
---------------	--

※ D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