

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			
	氏名			
	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			
	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。 (開示を求める特別な理由を記載してください。)		はい・いいえ

※「氏名」欄は、必ず開示依頼者本人が署名してください。

※「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		
	氏名	男・女	年 月 日生
	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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	---

B 遺族であることの確認書類等	<input type="checkbox"/> 戸籍（除籍）謄本 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本・戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記の登記事項証明書・家庭裁判所の証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------	---

D 任意代理人の確認書類等	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------	--

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄				
整理番号	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数 枚