

診療報酬明細書等開示請求書

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を請求します。

開示請求者欄	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 - - (電話) - -		
	被保険者との関係	1 本人 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 年 月 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		
診療報酬明細書等の 開示内容について	診療報酬明細書等中、「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」記 載の有無		1 希望する 2 希望しない	

- ※「氏名」欄は、必ず開示請求者本人が署名してください。
- ※「住所」欄は、開示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。
- ※「診療報酬明細書等の開示内容」について、「希望しない」とされた場合は、当該保険医療機関等への事前確認は行いません。

被保険者欄	フリガナ			男・女	年 月 日生	
	氏名					
	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。
- ※ 開示請求者が本人の場合は、「診療時における被保険者番号」欄のみ記入してください。

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（開示請求者）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 開示請求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等であることを確認できる書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	--

B 法定代理人の確認書類等	<input type="checkbox"/> 成年後見登記の登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 家庭裁判所の証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------	---

C 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