

診療報酬明細書等開示依頼書

令和 年 月 日提出

(提出先) 大阪市長

受付整理番号 _____

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日生
	住所	〒 _____ 大阪市 _____ 区 電話 _____	
	受診者との関係	1 本人 2 本人(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 3 本人の任意代理人 4 遺族 5 遺族(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 6 遺族の任意代理人	
	開示(交付)の方法	1 窓口交付を希望 開示実施希望日 年 月 日 2 郵送による交付を希望	
	遺族等の場合代理	* 遺族等の氏名 (フリガナ) _____ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 及び生年月日 年 月 日生	
		保険医療機関等に開示についての意見を照会し、又は開示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
	開示により受診者等の生前の意思、名誉を傷つけるおそれがありますか	はい・いいえ	
	(開示依頼の理由を記載してください)		

注1 「住所」欄は、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。

注2 *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ください。

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	(フリガナ) _____	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日生
	住所	〒 _____ 大阪市 _____ 区 電話 _____	
	診療時における被保険者記号・番号	国民健康保険	被保険者 記号 阪国 番号 世帯主氏名

注4 依頼者が本人の場合は、「氏名」「性別」「生年月日」「住所」欄の記入は必要ありません。

注5 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
保険医療機関等名	(機関名) (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	(機関名) (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	(機関名) (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	(機関名) (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

注6 所在地は、市区町村名まで記入してください。

受付日付印



受領者(依頼者)署名

※ 受領の際にご記入ください。

※ 以下の各欄は記入する必要がありません。

【本人等からの依頼の場合】

A 依頼者の本人 確認書類	1 国民健康保険被保険者証 2 老人保健医療受給者証 3 運転免許証 4 健康保険被保険者証 5 船員保険被保険者証 6 共済組合員証 7 外国人登録証明書 8 住民基本台帳カード 9 旅券 (パスポート) 10 年金手帳 11 年金証書 12 共済年金証書 13 恩給証書 14 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 本人の署名・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
---------------------	--

※ Cの書類は、2点とも必要

【遺族等からの依頼の場合】

上記AからCの書類に加え、次の書類も必要

D 本人 (受診者) 死亡・遺族の 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 ()
---------------------------------	---