様式１

診 療 報 酬 明 細 書 等 の 開 示 依 頼 書

（提出先） 区保健福祉センター所長　様

受付整理番号



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 法定代理人は、親権者、未成年後見人、成年後見人に限ります。

次のとおり診療報酬明細書等の開示（交付）を依頼します。



注３ 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４　受診当時の氏名を記入してください。



注５　所在地は、市区町村名まで記入してください。

様式１

（裏面）

