

# 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 \_\_\_\_\_

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____		印	男女	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 本人が委任した弁護士 4 遺族 5 遺族(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 6 遺族が委任した弁護士					
	遺族の氏名・生年月日 (依頼者と受診者の関係が 5又は6の場合)	(フリガナ) _____		1明治 2大正 3昭和 4平成 5令和 年 月 日 生			
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						

- 注1 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。  
 なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してください。  
 (その他の場合は、押印の必要はありません。)
- 注2 「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。

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) _____		男女	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	_____ - _____
	世帯主氏名						

- 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。

診療年月	診療報酬明細書等区分
指定医療機関等名	(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
指定医療機関等名	(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
指定医療機関等名	(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
指定医療機関等名	(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
指定医療機関等名	(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5 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。



大 第 号  
令和 年 月 日

(指定医療機関等)

様

大阪市 区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

## 診療報酬明細書等の開示について (照会)

平素より、生活保護法による医療扶助の実施に際しまして、ご理解・ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、令和 年 月 日までにご回答くださいますようお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書等を開示することにより診療上支障が生じる場合については、「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入していただきますようお願いいたします。

また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入していただきますようお願いいたします。

なお、最終的な開示・部分開示・不開示の決定は、本市が行うこととなることをご了承ください。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んで送付してください。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合及びご記入いただいた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

※ 開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかにご連絡いただきますようお願いいたします。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 本人 2 法定代理人 3 弁護士 4 遺族		

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
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
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
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

令和 年 月 日

(提出先) 区保健福祉センター所長 様

指定医療機関等名 \_\_\_\_\_ 印

(主治医名 \_\_\_\_\_ 印)

## 診療報酬明細書等の開示について (回答)

(受診者)

令和 年 月 日付け大 第 号で照会のありました \_\_\_\_\_ 様に係る標題の件について、次のとおり回答します。

## 記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

( 年 月診療分)  
部分開示・不開示の理由 ※部分開示・不開示の場合必ずご記入ください。

( )

(開示が可能となる時期) \_\_\_\_\_ ※遺族 (又はその代理人) からの開示依頼  
令和 年 月 日 \_\_\_\_\_ の場合は記入不要です。

(注) 本人 (又はその代理人) からの開示依頼の場合に部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす恐れがある場合に限定されます。

大 第 号  
令和 年 月 日

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

令和 年 月 日付けで開示依頼のありました診療報酬明細書等については、次のとおり開示することとしましたのでお知らせします。

記

- 1 開示場所 \_\_\_\_\_区保健福祉センター\_\_\_\_\_課
- 2 開示対象診療報酬明細書等 受診者名 \_\_\_\_\_様

診療年月	指定医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示

( 年 月診療分)  
部分開示の理由

( )

(開示が可能となる時期)  
令和 年 月 日  
※ その後の事情により変更となる場合もあります。

大 第 号  
令和 年 月 日

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

令和 年 月 日付けで開示依頼のありました診療報酬明細書等については、次のとおり開示することとしましたのでお知らせします。

記

交付対象診療報酬明細書等 受診者名 \_\_\_\_\_ 様

診療年月	指定医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示
年 月診療分		1 開示 2 部分開示

( 年 月診療分)  
部分開示の理由

( )

(開示が可能となる時期)  
令和 年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合があります。

大 第 号  
令和 年 月 日

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

診療報酬明細書等の不開示について

令和 年 月 日付けで開示依頼のありました診療報酬明細書等については、次のとおり不開示とすることとしましたのでお知らせします。

記

受診者名 \_\_\_\_\_ 様

診療年月	指定医療機関等名	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
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
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
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

( 年 月診療分)

不開示の理由

( \_\_\_\_\_ )

(開示が可能となる時期)

令和 年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

大 第 号  
令和 年 月 日

(指定調剤薬局)

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

調剤報酬明細書の開示について（お知らせ）

平素より、生活保護法による医療扶助の実施に際しまして、ご理解・ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、調剤報酬明細書の開示依頼があり、令和 年 月 日付けで別添の調剤報酬明細書の写しを依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した指定医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので念のため申し添えます。

記

受 付 日	依 頼 者	依 頼 者 名	受 診 者 名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 遺族 4. 弁護士		

診 療 年 月	開 示 内 容	備 考
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示	
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示	
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示	
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示	

大 第 号  
令和 年 月 日

(指定医療機関・指定調剤薬局等)

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

診療報酬明細書等の開示について (お知らせ)

平素より、生活保護法による医療扶助の実施に際しまして、ご理解・ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、被保護者等から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを令和 年 月 日付けで依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 本人 2 法定代理人 3 弁護士 4 遺族		

診療年月	開示内容	備考 (開示することとした理由)
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	

大 第 号  
令和 年 月 日

(指定医療機関等)

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

## 診療報酬明細書等の遺族への開示について（照会）

平素より、生活保護法による医療扶助の実施に際しまして、ご理解・ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することに問題がないか主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について（回答）」により、令和 年 月 日までにご回答くださいますようお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することに問題がない場合については「開示」、問題がある部分を伏して開示する場合については「部分開示」、問題がある場合については「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入していただきますようお願いいたします。

受診者の生前の意思や名誉との関係から問題がある場合については、その旨確認できる書類を添付してください。

なお、最終的な開示・部分開示・不開示の決定は、本市が行うこととなることをご了承ください。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んで送付してください。

なお、回答期日までにご回答（ご連絡）がない場合については、問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

## 記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 遺族 2 法定代理人 3 弁護士		

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
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
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
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

大 第 号  
令和 年 月 日

(指定医療機関・指定調剤薬局等)

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

## 診療報酬明細書等の遺族への開示について（お知らせ）

平素より、生活保護法による医療扶助の実施に際しまして、ご理解・ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、受診者の遺族等から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを令和 年 月 日付けで依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

## 記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 法定代理人 2 弁護士 3 遺族		

診療年月	開示内容	備考（開示することとした理由）
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	
年 月診療分	1 開示 2 部分開示	

診療報酬明細書等開示受付処理経過簿

( 区 )

整理番号	受付日	本人・遺族	依頼者名	依頼枚数 (※1)					開示方法	指定医療機関等照会			開示等決定日 (お知らせ日)	決定内容 (枚数)					指定医療機関等連絡日 (※2)	開示実施日 (※3)	備考 (※4)
										照会日	再照会日	回答日									
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口					入院	外来	歯科	調剤	その他			
		遺族							郵送					開示							
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口					入院	外来	歯科	調剤	その他			
		遺族							郵送					開示							
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口					入院	外来	歯科	調剤	その他			
		遺族							郵送					開示							
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口					入院	外来	歯科	調剤	その他			
		遺族							郵送					開示							
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口					入院	外来	歯科	調剤	その他			
		遺族							郵送					開示							

※1 レセプト枚数には続紙は含まない。また、診療を受けたかどうか不明なので数ヵ月分をまとめて依頼するような場合、1月分を1枚として記載すること。

ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合は、その合計枚数を記載すること。

※2 本人 (代理人) からの依頼の場合は、記載不要。

※3 郵送により開示を実施した場合は、郵送日を記載すること。

※4 部分開示・不開示の場合は、その理由を備考欄に記載すること。