

診療報酬明細書等開示依頼書

年 月 日提出

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 あて

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生	
	住所	()			電話 ()
	受診者との関係	1. 遺族 2. 遺族(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 3. 任意代理人			
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付を希望		2. 郵送による交付を希望	
	*遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	年 月 日生		

※ 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

※ 「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。

※ *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)	男女	年 月 日生	
	住所	()			電話 ()
	診療時における後期高齢者医療被保険者番号				

※ 受診当時の氏名を記入してください。

診療等年月	診療報酬明細書等区分
年 月～ 年 月分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 ()
保険医療機関等の名称	
所在地	
年 月～ 年 月分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 ()
保険医療機関等の名称	
所在地	
別紙有り	

※ 上記欄が足りない場合は、「別紙有り」に○をして、必要事項を記載した別紙を添付してください。

受領者（依頼者）署名欄	
-------------	--

※受領の際にご記入ください。

(裏面)

※以下の各欄は事務担当者が記入いたします。依頼者による記入の必要はありません。

A 依頼者の本人確認書類	
1. 運転免許証 2. 旅券 (パスポート) 3. 身分証明書 (官公庁等の写真付) 4. その他 ()	
B 本人 (受診者) 死亡・遺族特定の確認書類	
1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 (除票) 3. その他 ()	
C 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 ()	
D 任意代理人の確認書類	
1. 遺族の署名又は記名押印のあるレセプト開示依頼に係る「委任状」 2. 委任状に記名押印された印の印鑑登録証明書	

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚