

診療報酬明細書等開示請求書

年 月 日提出

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 あて

請求者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所	()		
	受診者との関係	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		
	開示(交付)の方法	1. 指定場所での交付を希望(注) 2. 郵送による交付を希望		
	電話	()		

※ 「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。

※ 「住所」欄は、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) 交付の場所は、広域連合長が指定します。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を請求します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所	()		
	診療時における後期高齢者医療被保険者番号			
	電話	()		

※ 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、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

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(請求者) 署名欄	
--------------	--

※受領の際にご記入ください。

