

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

油研健康保険組合理事長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出
受付整理番号 _____

依頼者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	男 女	〇〇年 4月 1日 生
	住所	〒 000 - 0000 〇〇 都道府県 〇〇 郡市区 〇〇 町村	(電話) 000 - 000 - 0000	
	受診者との関係	①. 遺族 2. (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	窓口交付による開示実施希望日 年 月 日	
欄	* 遺族の氏名 及び生年月日	(フリガナ)	1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和 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、また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		
	開示することは被保険者等の生前の意志や名誉との関係で問題がありますか。 (開示を求める特別な理由があれば記載してください)	はい・いいえ		

- ※ 「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証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)。
- ※ 「住所」欄は請求者が提示また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。
- ※ * 欄は依頼者が遺族の法定代理人また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) ケンポ アイコ 健保 愛子	男 女	1. 昭和 ②. 平成 3. 令和 〇〇年〇〇月〇〇日 生
	住所	〒 000 - 0000 〇〇 都道府県 〇〇 郡市区 〇〇 町村 1-1	(電話) 000 - 000 - 0000	
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	*	
	記号 0 0 0 0 番号 0 0 0 0	1. 被保険者 ②. 被扶養者	氏名 年 月 日生	
* 被保険者の記号・番号が不明の場合のみ記入してください。		事業所名: _____	所在地: _____	

- ※ 受診当時の氏名を記入してください。
- ※ 所在地は市区町村名まで記入してください。

診療年月日	診療報酬明細書等区分
〇〇年 〇〇月診療分	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	(所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町2
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	(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	(所在地)

受付日印

受領者(請求者)署名

※ 受領の際にご記入下さい。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 健康保険被保険者証 3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証 5. 共済組合員証 6. 外国人登録証明書 7. マイナンバーカード 8. 旅券(パスポート) 9. 年金手帳(年金証書) 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. 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. 遺族の署名・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。

D 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. 死亡診断書 4. その他()
----------------------------------	--

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄					
整 理 番 号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚