

診療報酬明細書等開示請求書

年 月 日提出

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

受付整理番号

開示請求者欄	氏名	(フリガナ)	生年月日	明治・大正・昭和・平成
	住所	〒 ー 都道府県		郡市区 町村
		(電話) ー ー		
	開示請求者	① 本人 ② 亡くなられた被保険者の 【 配偶者・子・父・母 】 ③ 2親等の血族（②に掲げる者がいない場合） ④ 相続人（②③に掲げる者を除く） ⑤ 法定代理人 【 () の法定代理人 】 ⑥ 任意代理人 【 () の任意代理人 】		
	開示請求者の被代理人 ※開示請求者が⑤⑥の場合	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
		住所		
	希望する開示(交付)の方法	1 窓口での閲覧 2 窓口での交付 3 郵送による交付		
窓口での閲覧・交付による開示実施希望日	年 月 日			
開示を求める理由				

※「氏名」欄は、必ず開示請求者本人が署名してください。
 ※「住所」欄は、開示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。

大阪府後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱第4条の規定により、下記のとおり診療報酬明細書等を開示請求します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	生年月日	明治・大正・昭和
	住所	〒 ー 都道府県		郡市区 町村
		(電話) ー ー		
	診療時における被保険者番号			

※受診当時の氏名を記入してください。
 ※開示請求者と受診者が同一人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。
 ※「住所」欄は、受診者の資格確認書等に記載されている現住所を記入し、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

(裏面)

診療報酬明細書等申請内訳

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
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)
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)
受付日付印	受領者(請求者)署名
	※受領の際にご記入下さい。

----- ※以下の各欄は、記入する必要がありません -----

A 開示請求者の 本人確認書類	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 その他 ()
B 被保険者との 関係確認書類	1 戸籍謄本(抄本) ※死亡の事実が確認できる書類 ①戸籍謄本(抄本) ②住民票(除籍)の写し ③死亡診断書 ④その他 ()
C 相続人の確認 書類	1 遺言書 2 遺産分割協議書 3 その他 () ※死亡の事実が確認できる書類 ①戸籍謄本(抄本) ②住民票(除籍)の写し ③死亡診断書 ④その他 ()
D 法定代理人の 確認書類	1 戸籍謄本(抄本) 2 家庭裁判所の証明書 3 登記事項証明書 4 その他 ()
E 任意代理人の 確認書類	1 委任状

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