

診療報酬明細書等開示請求書（本人用）

年 月 日提出

大阪瓦斯健康保険組合理事長 殿

受付整理番号

請求者欄	氏名	フリガナ	印	男・女	昭和・平成・令和	年	月	日	生
	住所	〒			—				
	受診者との関係	1. 本人 2. (未成年者・成年被後見人)の代理人 3. 任意代理人							
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付 2. 郵送交付		窓口交付の開示希望日		年	月	日	
	(電話)		—	—					

※「氏名」欄は、必ず請求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。

※「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^イまで詳しく記入してください。郵送交付の場合は、記載住所に送付します。

個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）第28条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

受診者欄	氏名	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和	年	月	日	生	
	住所	〒		—					都道府県
	(電話)		—	—					
	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		*氏名					
	記号	番号	1. 被保険者 2. 被扶養者		年	月	日	生	
右欄は被保険者証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。

※「*」欄は、受診者が被扶養者の場合、被保険者の氏名等を記入してください。

※受診者が開示請求者と同じ場合は、「性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月～ 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～ 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～ 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～ 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

※受領の際にご記入ください