

診療報酬明細書等開示請求書（遺族用）

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

| | | | | |
|------|---|---------------------------------------|--------------------|--------------------|
| 依頼者欄 | 氏名 | フリガナ 印 | 男・女 | 昭和・平成・令和 年 月 日生 |
| | 住所 | 〒 ー 都道府県 市区町村 | | (電話) ー ー |
| | 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 2. 郵送交付 | 窓口交付の開示希望日 | 年 月 日 |
| | *遺族の氏名及び生年月日 | フリガナ | 昭和・平成・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、又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 |
| | 開示することは受診者の生前の意思や名誉との関係で問題ありませんか | | | はい・いいえ |
| | (開示を求める特別な理由があれば記載してください) | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※「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、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7桁名等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。

※「*」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 | 昭和・平成・令和 年 月 日生 |
| | 住所 | 〒 ー 都道府県 市区町村 | | (電話) ー ー |
| | 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 |
| | | | | |

※「*」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。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) |

受付日印



受領者(請求者)署名

※受領の際にご記入ください