

診療報酬明細書等開示請求書（本人用）

申請日 年 月 日

個人情報の保護に関する法律（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。

請求者欄	氏名	(フリガナ) _____	性 別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年	月	日												
		印		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和	<table style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> </table>														
住所	(〒 -) 都道府県																			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()																			
受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> (未成年者・成年被後見人) の代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人																			
開示(交付)の方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付		窓口交付の開示希望日		年 月 日															

※「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。

受診者欄	被保険者 被扶養者の別	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	(フリガナ) _____	性 別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年	月	日																
						<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和	<table style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> </table>																		
住所	(〒 -) 都道府県																									
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()																									
診療時の	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)			記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください																					
		<table style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> </table>							<table style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> </table>																	
* 被保険者 氏名								*生年月日	年	月	日															
								<input type="checkbox"/> 昭和	<table style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr> </table>																	
								<input type="checkbox"/> 平成																		
								<input type="checkbox"/> 令和																		
右欄は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。 ※「*」欄は、受診者が被扶養者の場合、被保険者の氏名・生年月日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 年 月 ~ 年 月 診療分	診療報酬明細書等区分 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)
診療年月 年 月 ~ 年 月 診療分	診療報酬明細書等区分 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)
診療年月 年 月 ~ 年 月 診療分	診療報酬明細書等区分 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)

受領者(請求者)署名: _____ ※受領の際にご記入ください

※健康保険組合記入欄

受付整理番号

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印