

## 診療報酬明細書等開示請求書（遺族用）

申請日 年 月 日

下記のとおり診療報酬明細書等の開示（交付）を依頼します。

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	
	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"/> 遺族 <input type="checkbox"/> (未成年者・成年被後見人)の法定代理人 <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			
	*遺族の氏名	(フリガナ)				*生年月日	年	月	日	
	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 (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。※「\*」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。

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 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	
	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								
	*被保険者 氏名				*生年月日	年	月	日			
	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							

※「\*」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。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)
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)

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