

診療報酬明細書等開示請求書(本人用)

令和 年 月 日 提出

全国健康保険協会 船員保険部長 殿

受付整理番号

請求者欄	氏名	(フリガナ)	性別	1. 昭和	2. 平成	3. 令和
			男・女	年	月	日 生
	住所	〒 ー 都・道・府・県 郡・市・区 町・村				
		(電話) ー ー				
	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	傷病名等を伏せた診療報酬明細書等の開示を希望されますか			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で、地番、建物名まで詳しく記入してください。
*傷病名等を伏せた開示を希望した場合、保険医療機関等に対する事前確認は行いませんが、傷病名等を伏せた開示を希望したため一部開示を行った旨を、保険医療機関等へ連絡します。

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第33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)	性別	1. 昭和	2. 平成	3. 令和
			男・女	年	月	日 生
	住所	〒 ー 都・道・府・県 郡・市・区 町・村				
		(電話) ー ー				
	診療時における記号・番号	被保険者・被扶養者の別	※氏名			
	1. 被保険者 2. 被扶養者		年	月	日 生	
記号・番号が不明な場合は、診療期間中の被保険者のお勤め先をご記入ください。	事業所名	事業所所在地				

* 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、被保険者の氏名及び生年月日を記入してください。
* 受診者が本人の場合は、「性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。
* 事業所所在地は、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 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)

受付日付印

受領者(請求者)署名

* 窓口受領の際にご記入ください。

* 以下の各欄は記入する必要がありません。

A 本人確認 書類	1. 資格確認書(□協会システムで確認 □写し) 2. 運転免許証 3. 在留カード 4. 特別永住者証明書 5. 個人番号カード(マイナンバーカード) 6. その他:
-----------------	---

B 法定代理 人の確認 書類	1. 戸籍謄本(又は抄本) 2. 住民票の写し 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他:
-------------------------	---

C 任意代理 人の確認 書類(右記 全て)	ア. 本人の署名・押印のあるレセプト開示請求に係る委任状 イ. 委任状に押印された委任者印の印鑑登録証明書
-----------------------------------	--

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄					
整理番号					
				総枚数	枚
受 付 協 会 支 部 名		支 部		TEL	— —