

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

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

依頼者欄	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. 遺族 2. 遺族(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	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	
	※遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生	
	保険医療機関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 (開示を求める理由を記載してください。)		はい・いいえ	

*「氏名」欄は、必ず依頼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で、地番、建物名まで詳しく記入してください。
*「※」印欄は、ご遺族の代理人が依頼される場合に記入してください。
*レセプトが医師の個人情報である場合、開示についての意見を保険医療機関等へ事前に照会することについて同意いただけない場合、開示を行うことはできません。
*レセプトを開示する場合、開示したことを保険医療機関等に連絡しますが、連絡することについて同意を頂けない場合、依頼者である遺族の特定をしない形で、開示したことを保険医療機関等に連絡します。

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)	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	

*「※」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。
* 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)

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. 遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼に係る委任状 イ. 委任状に押印された委任者印の印鑑登録証明書
-----------------------------------	--

D 本人(受診 者)死亡・ 遺族特定 の確認書 類	1. 戸籍謄本(又は抄本) 2. 住民票(除票) 3. 死亡診断書 4. その他:
--	--

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	— —