

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

支部長 殿

受付整理番号

請求者欄	氏名	(フリガナ)	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。
- *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)	男・女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村		
		(電話) ー ー		
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	※氏名 年 月 日	
*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:	

- * 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、被保険者の氏名等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。
- * 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)

受付日印

受領者(請求者)署名

* 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. 健康保険被保険者証(□協会システムで確認 □写し) 2. 船員保険被保険者証(□協会システムで確認 □写し) 3. 国民健康保険被保険者証 4. 共済組合員証 5. 後期高齢者医療被保険者証 6. 運転免許証 7. 在留カード 8. 特別永住者証明書 9. 住民基本台帳カード 10. 国民年金・厚生年金保険年金証書 11. 共済年金証書 12. 恩給証書 13. 旅券(パスポート) 14. 印鑑登録証明書 15. 個人番号カード(マイナンバーカード) 16. 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	— —