

埼玉県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に関する規則

平成21年2月5日

規則第1号

(趣旨)

第1条 埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年広域連合条例第16号。以下「条例」という。）に基づき、埼玉県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が行う診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書（以下「診療報酬明細書等」という。）の開示については、埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則（平成19年広域連合規則第19号）第9条から第19条の規定にかかわらず、この規則の定めるところによる。

(開示請求をすることができる者の範囲)

第2条 被保険者本人に関する診療報酬明細書等の開示請求をすることができる者は、次に掲げる者とする。

- (1) 広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者（被保険者であった者を含む。以下「被保険者」という。）
- (2) 被保険者が成年被後見人である場合における法定代理人
- (3) 広域連合長が特別の理由があると認めた代理人

2 被保険者が死亡している場合に開示請求をすることができる者は、次に掲げる者とする。

- (1) 死者の配偶者（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）又は2親等内の血族（以下「配偶者等」という。）
- (2) 死者の相続人（前号に該当する者を除く。）
- (3) 前2号に規定する者が未成年者又は成年被後見人である場合における法定代理人

(開示請求の手続)

第3条 条例第18条第1項の規定による診療報酬明細書等の開示請求書は、診療報酬明細書等の開示請求書（様式第1号。以下「開示請求書」という。）とする。

(開示請求者の本人確認及び被保険者との関係確認)

第4条 開示請求をする者(以下「開示請求者」という。)は、開示請求者が本人であることを示す書類及び開示請求者が被保険者以外の場合における開示請求者と被保険者との関係を示す書類を広域連合長に対し、提出又は提示しなければならない。

2 前項に規定する書類は、次に掲げる区分に応じて当該各号に定める書類(有効期間を有するものにあつては、その有効期間内のものに限る。)とする。

(1) 被保険者が開示請求をする場合 次のア又はイに掲げる書類(ただし、イに掲げるものについては、2種類以上を必要とするものとする。)

ア 運転免許証、旅券又は官公署が本人に対してのみ発行する写真のはり付けられた書類

イ 健康保険の被保険者証、年金証書又は官公署が本人に対してのみ発行する書類

(2) 第2条第1項第2号に規定する法定代理人が開示請求をする場合 当該法定代理人に係る前号に規定する書類及び次のア、イ又はウに掲げる書類(開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。)

ア 後見登記等に関する法律(平成11年12月8日法律第152号)第10条第1項に規定する登記事項証明書

イ 家庭裁判所の証明書

ウ その他被保険者の法定代理人であることを証明する書類

(3) 第2条第1項第3号に規定する代理人が開示請求をする場合 当該代理人に係る第1号に規定する書類及び被保険者の委任状その他代理人であることを証明する書類

(4) 第2条第2項第1号に規定する死者の配偶者等であった者が開示請求をする場合 当該配偶者等に係る第1号に規定する書類及び戸籍謄本等の死者との続柄を証明する書類

(5) 第2条第2項第2号に規定する死者の相続人が開示請求をする場合 当該死者の相続人に係る第1号に規定する書類及び死者の相続人であることを証明する書類。

(6) 第2条第2項第3号に規定する法定代理人が開示請求をする場合 第2号に規定する書類及び配偶者等又は死者の相続人であることを証明する書類

- 3 開示請求書を広域連合長に送付して開示請求を求める者は、前項各号に規定する書類に加えて、開示請求者の住民票の写し（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）その他広域連合長が適当と認める書類を広域連合長に対し、提出しなければならない。この場合において、同項第1号中「次のア又はイに掲げる書類（ただし、イに掲げるものについては、2種類以上を必要とするものとする。）」とあるのは、「次のア及びイに掲げる書類のいずれか2種類以上を複写機により複写したもの。」と読み替えるものとする。
- 4 開示請求をした法定代理人は、当該開示請求に係る保有個人情報の開示を受ける前にその資格を喪失したときは、直ちに、書面でその旨を広域連合長に届け出なければならない。
- 5 前項の規定による届出があったときは、当該開示請求は、取り下げられたものとみなす。

（保険医療機関等への意見照会）

第5条 広域連合長は、診療報酬明細書等に係る保険医療機関、特定承認保険医療機関及び指定訪問看護事業者（以下「保険医療機関等」という。）に対し、診療報酬明細書等を開示することによって被保険者の診療に支障が生じるおそれがないこと又は死亡している場合の被保険者の生前の意思及び名誉を傷つけるおそれがないことについて意見照会を行うものとする。

- 2 前項の意見照会は、診療報酬明細書等の開示に係る意見照会書（様式第2号）により行うものとする。
- 3 前項の意見照会書に対する回答は、診療報酬明細書等の開示に係る意見書（様式第3号）によるものとする。

（保険医療機関等への意見照会不能等）

第6条 広域連合長は、保険医療機関等への意見照会に関し、次の各号に掲げる場合においては開示の決定を行うものとする。

- (1) 当該保険医療機関等の廃止等の事情により、前条第1項の意見照会ができない場合。
- (2) 前条第1項の文書が送達不能で返戻された場合において、当該保険医療機関等を管轄する都道府県保険医療主管課（部）に確認しても、なお当該保険医療機関等の所在が確認できないとき。

(3) 当該保険医療機関等からの回答が期限内に無い場合において、電話等により回答の要請をしても、なお回答が得られないとき。

(4) 当該保険医療機関からの回答について、部分開示又は不開示とされた場合において、その明確な理由等が記載されておらず、記載の要請をしても明確な回答が得られないとき。

(開示決定等の手続)

第7条 広域連合長は、第5条第3項の規定による保険医療機関等からの回答を参考にして開示、部分開示又は不開示（以下「開示等」という。）を決定するものとする。

2 開示等の決定をしたときは、診療報酬明細書等開示等決定通知書（様式第4号。以下「開示等決定通知書」という。）により開示請求者に通知するものとする。

3 診療報酬明細書等のうち調剤報酬明細書の開示又は部分開示の決定をしたときは、当該調剤報酬明細書を発行した調剤薬局に対し、調剤報酬明細書開示決定のお知らせ（様式第5号）により通知するものとする。

4 広域連合長は、条例第24条第2項の規定による通知を行う場合にあつては、診療報酬明細書等開示決定等期間延長通知書（様式第6号）により行うものとする。

5 広域連合長は、条例第25条の規定による通知を行う場合にあつては、診療報酬明細書等開示決定等期間特例延長通知書（様式第7号）により行うものとする。

6 広域連合長は、条例第27条第3項の規定により反対意見書を提出した保険医療機関等に対して通知を行う場合は、診療報酬明細書等開示決定に係る通知書（様式第8号）により行うものとする。

(再審査請求中又は返戻中の診療報酬明細書等の開示等決定)

第7条の2 再審査請求中又は返戻中の診療報酬明細書等について開示請求があった場合は、再審査後又は再請求後の診療報酬明細書等について開示等を決定するものとする。ただし、再審査請求前又は返戻前の診療報酬明細書等の開示請求があった場合は、第5条の規定による保健医療機関等への意見照会の上、開示等を決定するものとする。

(電磁的記録による開示の実施方法)

第8条 診療報酬明細書等が電磁的記録に記録されているときは、診療報酬明細書等を用紙に出力したものの閲覧又は写しの交付により開示するものとする。

(交付部数)

第9条 診療報酬明細書等の開示を行う場合において、当該写しを交付する場合の交付部数は、診療報酬明細書等1件につき1部とする。

(開示の実施方法等の申出)

第10条 条例第28条第2項の規定による申出は、診療報酬明細書等開示方法等申出書(様式第9号)によるものとする。

2 条例第28条第2項の規則で定める事項は、次のとおりとする。

(1) 求める開示の実施方法(開示決定に係る診療報酬明細書等ごとに異なる開示の実施の方法を求める場合にあつては、その旨及び当該部分ごとの開示の実施方法)

(2) 写しの送付の方法による診療報酬明細書等の開示の実施を求める場合にあつてはその旨

(開示の実施における本人確認手続等)

第11条 開示決定に基づき診療報酬明細書等の開示を受ける者は、開示等決定通知書並びに開示等決定通知を行った者が本人であることを確認できる書類及び開示請求者が被保険者以外の場合における開示等決定通知を行った者と被保険者との関係を確認できる書類を広域連合長に対し、提出又は提示しなければならない。

2 第4条第2項の規定は、前項に規定する書類について準用する。この場合において、第4条第2項中「開示請求をする場合」とあるのは、「開示を受ける場合」と読み替えるものとする。

3 写しの送付の方法により開示の実施を求める者は、開示等決定通知書その他広域連合長が適当と認める書類を広域連合長に対し、提出しなければならない。この場合において、第4条第2項第1号中「次のア又はイに掲げる書類(ただし、イに掲げるものについては、2種類以上を必要とするものとする。)」とあるのは「次のア及びイに掲げる書類のいずれか2種類以上を複写機により複写したもの。」と読み替えるものとする。

(開示の実施費用の額)

第12条 条例第30条第2項に規定する写しの交付及び送付に要する費用の額は、別表のとおりとする。

2 前項に規定する写しの交付及び送付に要する費用は、写しの交付を受けるときま

でに納付しなければならない。

(診療報酬明細書等開示受付・処理経過簿)

第13条 広域連合長は、開示請求書の受付から診療報酬明細書等の開示等の実施に至るまでの処理経過を診療報酬明細書等開示受付・処理経過簿（様式第10号）に記載することにより、一連の経過を整理するものとする。

(関係書類の整理保管)

第14条 診療報酬明細書等の開示に係る一連の関係書類は、処理日ごとに整理し保管するものとする。

2 前項に規定する関係書類の保存年限については、文書処理済（完結）となった年度の翌年度から起算して5年間とする。

(その他)

第15条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年8月2日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成24年9月4日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年3月31日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

別表（第12条関係）

公文書の種類	写しの作成の方法		金額
文書、図画及び写真	複写機により複写したものの（日本工業規格A列3番までの大きさの用紙を用いたものに限る。）	単色刷り	片面1枚につき10円
電磁的記録	用紙に出力したもの（単色刷り）		片面1枚につき10円
写しの送付に要する費用			郵便料金相当額

様式第1号（第3条関係）

診療報酬明細書等の開示請求書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

年 月 日提出
 受付整理番号 No. _____

開示請求者欄	氏名	(フリガナ) _____	男女	年 月 日生
	住所(居所)及び連絡先	〒 - 都道府県 市町村		
		(電話) - -		
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 () [法定代理人による開示請求に対する未成年者(15歳以上)の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]		
	開示請求事由			
	開示(交付)の方法	<input type="checkbox"/> 窓口で閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 送付を希望)		
	意見照会等の同意	<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		
	窓口で閲覧又は窓口交付を希望する場合の希望日時	年 月 日 午前・午後 時 分		

- ※「氏名」欄は、必ず開示請求者本人が署名してください。
- ※「住所」欄は、開示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。
- ※「開示請求事由」欄は、埼玉県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に関する規則第2条第1項第3号に該当する場合に記入してください。
- ※「意見照会等の同意」欄は、診療報酬明細書等を開示することによって被保険者の診療に支障が生じるおそれがないこと等を保険医療機関等に事前確認すること及び開示請求があったことを調剤薬局に通知することについての同意欄です。同意が無い場合については、正確な情報を開示できない場合があります。

埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第18条第1項の規定により、次のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

被保険者欄	氏名	(フリガナ) _____	男女	年 月 日生
	住所(居所)及び連絡先	〒 - 都道府県 市町村		
		(電話) - -		
	診療時における被保険者証の被保険者番号			

- ※受診当時の氏名を記入してください。
- ※開示請求者が被保険者の場合は、「診療時における被保険者証の被保険者番号」欄のみ記入してください。

診療年月等	診療報酬明細書等区分等				
年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科入院	<input type="checkbox"/> 医科入院外	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他
保険医療機関等名	所在地				
年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科入院	<input type="checkbox"/> 医科入院外	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他
保険医療機関等名	所在地				
年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科入院	<input type="checkbox"/> 医科入院外	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他
保険医療機関等名	所在地				

様式第2号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

印

診療報酬明細書等の開示に係る意見照会書

平素より、当広域連合の事業運営に御理解、御協力を賜りありがとうございます。

さて、下記のとおり貴院で作成された診療報酬明細書等の開示請求がありました。埼玉県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に関する規則第5条第1項の規定により、意見照会をしますので、別紙により 年 月 日までに御回答をお願いします。

御回答に当たりましては、主治医等に御確認いただき、当該「診療報酬明細書」を開示することにより、診療上支障を生じるか否かや、受診者の生前の意思や名誉を傷つけるおそれがあるか否かなどの観点から開示の可否の判断をお願いします。

全面的に開示が可能な場合は「開示」とし、診療上等から支障を生ずる部分を伏せて開示する場合は「部分開示」、開示することが全面的に不可能な場合には、「不開示」として取り扱うこととし、「部分開示」及び「不開示」の場合にはその理由も必ず記載してください。また、「部分開示」の場合には、不開示にする部分をマジック等で消し込んだ診療報酬明細書等の写しを併せて御返送願います。

なお、貴院からの御回答を極力尊重することとしておりますが、個人情報保護の基本原則の観点から開示請求者に開示することが必要であると認められるときは、「部分開示」・「不開示」の御回答の場合であっても、開示することもありますので、御了承願います。

また、回答期日までに御回答（御連絡）がない場合につきましては、診療上問題がないものと判断し、「開示」として取り扱うことを申し添えます。

記

- 1 受診者の氏名 _____
- 2 被保険者番号 No. _____
- 3 開示請求の診療報酬明細書等 別紙のとおり

担当課

埼玉県後期高齢者医療広域連合事務局 _____ 課

住 所

電話番号

担当： _____

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

保険医療機関等名

印

診療報酬明細書等の開示に係る意見書

年 月 日付け 第 号で照会のありました _____ 様に係る標記
の件について、次のとおり回答します。

診 療 年 月	診療報酬明細書等区分	開示に対する意見
年 月診療分	入・外・歯・調・他	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示
年 月診療分	入・外・歯・調・他	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示
年 月診療分	入・外・歯・調・他	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示
年 月診療分	入・外・歯・調・他	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示

※部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

（部分開示・不開示の理由）※ 部分開示・不開示の場合必ず御記入ください。

（ 年 月診療分）

（記入例） 患者に対し、ガン告知をまだ行っていないため。

（開示が可能となる時期）

年 月 日

（注意）部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより、診療上支障が生じる場合又は生前の意思や名誉を傷つけるおそれがある場合に限定されます。

連絡先

担当部署名 _____ 担当： _____

電話番号 _____

様式第4号 (第7条関係)

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 印

診療報酬明細書等開示等決定通知書

年 月 日付けで開示請求のありました診療報酬明細書等については、下記のとおりとすることを決定しましたので、埼玉県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に関する規則第7条第2項の規定により通知します。

記

開示等対象診療報酬明細書等

被保険者氏名 _____ 様 受付整理番号 No. _____

診療年月	保険医療機関等名	区分	開示の区分
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示

(注1) 診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんので御了承ください。

(注2) 診療報酬明細書等に係る個人情報、保険者として療養の給付に関する費用を保険医療機関又は調剤薬局に支払うために利用しています。

部分開示・不開示の理由 (埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第19条第 号に該当)

(年 月診療分)

(開示が可能となる時期)

年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

※ 開示及び部分開示の実施方法等について

求めることができる 開示の実施方法	
開示を実施する ことができる日時	_____年_____月_____日 午前・午後_____時_____分
開 示 の 場 所	
開 示 の 実 施 に 必 要 な 事 項	
送付に要する費用	
作成に要する費用	_____円
担当課（送付先）	埼玉県後期高齢者医療広域連合事務局 _____課 〒 _____ 住 所 電話番号 _____ 担当： _____
備 考	

教 示

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合長に対して審査請求をすることができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定があったことを知った日（埼玉県後期高齢者医療広域連合長に対して審査請求をした場合には、当該審査請求に対する埼玉県後期高齢者医療広域連合長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において埼玉県後期高齢者医療広域連合を代表する者は、埼玉県後期高齢者医療広域連合長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することもできます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第5号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 印

調剤報酬明細書開示決定のお知らせ

平素より、埼玉県後期高齢者医療広域連合の事業運営に御理解、御協力を賜りありがとうございます。

このたび下記のとおり調剤報酬明細書の開示請求があり、別添の調剤報酬明細書の写しを 年 月 日付けで請求者あてに開示（部分開示）することとしましたので通知します。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので、念のため申し添えます。

記

1 受診者の氏名 _____

2 被保険者番号 No. _____

3 開示（部分開示）した調剤報酬明細書

調 剤 年 月	開 示 の 区 分	
年 月調剤分	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 部分開示
年 月調剤分	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 部分開示
年 月調剤分	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 部分開示
年 月調剤分	<input type="checkbox"/> 開示	<input type="checkbox"/> 部分開示

4 開示を実施する日 _____年____月____日

担当課

埼玉県後期高齢者医療広域連合事務局_____課

住 所

電話番号

担当：_____

様式第6号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 印

診療報酬明細書等開示決定等期間延長通知書

年 月 日付けで請求のあった診療報酬明細書等の開示請求については、埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第24条第2項の規定により、下記のとおり開示決定等の期間を延長したので通知します。

記

1 開示請求に係る保有個人情報の内容

診療年月	保険医療機関等名	診療報酬明細書等区分
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他

被保険者氏名 _____様 受付整理番号 No. _____

2 埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第24条第1項の規定による決定期間

_____年__月__日から_____年__月__日まで

3 延長後の決定期間 _____年__月__日から_____年__月__日まで

4 延長の理由

担当課

埼玉県後期高齢者医療広域連合事務局 _____課

住 所

電話番号

担当： _____

様式第7号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 印

診療報酬明細書等開示決定等期間特例延長通知書

年 月 日付けで請求のあった診療報酬明細書等の開示請求については、埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第25条の規定により、下記のとおり開示決定等の期間を延長したので通知します。

記

1 開示請求に係る保有個人情報の内容

診療年月	保険医療機関等名	診療報酬明細書等区分
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他

被保険者氏名 _____様 受付整理番号 No. _____

2 埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第24条第2項の規定による決定期間

_____年____月____日から_____年____月____日まで

3 残りの保有個人情報について開示決定する期限 _____年____月____日

4 延長の理由

担当課

埼玉県後期高齢者医療広域連合事務局 _____課

住 所

電話番号

担当： _____

様式第8号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 印

診療報酬明細書等開示決定に係る通知書

年 月 日付け 第 号で照会した診療報酬明細書等について、下記のとおり開示することを決定しましたので、埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第27条第3項又は第47条において準用する第27条第3項の規定により通知します。

記

1 被保険者番号 No. _____

2 開示（部分開示）とした診療報酬明細書

診療年月	区分	貴院の意見	開示することとした理由
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	
年 月診療分		<input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	

3 開示決定をした日 _____年____月____日

4 開示を実施する日 _____年____月____日

教 示

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合長に対して審査請求をすることができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定があったことを知った日（埼玉県後期高齢者医療広域連合長に対して審査請求をした場合には、当該審査請求に対する埼玉県後期高齢者医療広域連合長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において埼玉県後期高齢者医療広域連合を代表する者は、埼玉県後期高齢者医療広域連合長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することもできます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

担当課

埼玉県後期高齢者医療広域連合事務局 _____ 課

住 所

電話番号

担当： _____

様式第9号（第10条関係）

年 月 日

診療報酬明細書等開示方法等申出書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

(フリガナ)

氏 名 _____

住所（居所） 〒 _____

及び連絡先

_____ (電話) _____

埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第28条第2項の規定により、下記のとおり開示の実施方法を申し出ます。

記

1 求める開示の実施方法

窓口で閲覧 写しの交付 (送付を希望)

○診療報酬明細書等ごとに異なる開示の実施方法を求める場合

診 療 年 月	保険医療機関等名	区分	開示の実施方法
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 送付を希望)
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 送付を希望)
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 送付を希望)
年 月診療分			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 送付を希望)

2 窓口での閲覧又は交付を希望される場合の日時

日 時 _____年__月__日 午前・午後____時____分

(注意) この申出書は、埼玉県後期高齢者広域連合個人情報保護条例第28条第2項及び第3項の規定により、診療報酬明細書等開示等決定通知書を受けた日から30日以内に提出してください。

診療報酬明細書等開示受付・処理経過簿

整理番号	市町村受付日	広域連合受付日	整理番号	請求者名	請求枚数(※1)					開示方法	保険医療機関等照会			開示等決定日(通知書発送日)	決定の内容(開示等枚数)					実施方法等申出日	開示実施日(※2)	備考(※3)
											照会日	再照会日	回答日		入院	外来	歯科	調剤	他			
					入院	外来	歯科	調剤	他	閲覧					入院	外来	歯科	調剤	他			
										窓口												
										送付												
					入院	外来	歯科	調剤	他	閲覧					入院	外来	歯科	調剤	他			
										窓口												
										送付												
					入院	外来	歯科	調剤	他	閲覧					入院	外来	歯科	調剤	他			
										窓口												
										送付												
					入院	外来	歯科	調剤	他	閲覧					入院	外来	歯科	調剤	他			
										窓口												
										送付												

※1 診療報酬明細書等の枚数には続紙は含まない。また、診療を受けたかどうか不明なので数箇月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。

ただし、病院が異なる等、1月で数枚の診療報酬明細書等がある場合はその合計枚数を記載すること。

※2 送付により開示を実施した場合は、送付日を記入すること。

※3 部分開示・不開示の場合は、その理由を備考欄に記入すること。