

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 宛て

年 月 日提出
 受付整理番号 No. _____

開示請求者欄	氏名	(フリガナ) _____	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)	
	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4号に該当する場合に記入してください。
- ※診療報酬明細書等の開示に関して、被保険者の診療に支障が生じるおそれがないこと等を事前に確認するため、保険医療機関等に意見照会を行います。

個人情報の保護に関する法律第77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) _____	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～ 年 月	<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"/> 訪問看護
保険医療機関等名		所在地		
年 月～ 年 月	<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"/> 訪問看護
保険医療機関等名		所在地		
年 月～ 年 月	<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"/> 訪問看護
保険医療機関等名		所在地		
年 月～ 年 月	<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"/> 訪問看護
保険医療機関等名		所在地		