

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 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	☐ 本人 ☐ 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 ☐ 有 ☐ 無〕					
	開 示 請 求 事 由						
	開示(交付)の方法	☐ 窓口で閲覧 ☐ 写しの交付 (☐ 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	☐ 医科入院	☐ 医科入院外	☐ 歯科	☐ 調剤	☐ 訪問看護			
保険医療機関等名		所在地						
年 月～ 年 月	☐ 医科入院	☐ 医科入院外	☐ 歯科	☐ 調剤	☐ 訪問看護			
保険医療機関等名		所在地						
年 月～ 年 月	☐ 医科入院	☐ 医科入院外	☐ 歯科	☐ 調剤	☐ 訪問看護			
保険医療機関等名		所在地						
年 月～ 年 月	☐ 医科入院	☐ 医科入院外	☐ 歯科	☐ 調剤	☐ 訪問看護			
保険医療機関等名		所在地						