

様式第1号（第4条関係）

（表面）

診療報酬明細書等の開示依頼書

年 月 日 提出

美郷町長 様

受付整理番号

依頼者欄	氏名 (フリガナ) 氏名 ㊟	男女 男女	年 月 日生
	住所 〒 ・ 都道府県 市区 町村 (電話) ・ ・		
	受診者との関係	本人 遺族 (未成年者・成年被後見人) の法定代理人 弁護士	
	開示 (交付) の方法	窓口交付 郵送による交付	
	*遺族の氏名 及び生年月日	(フリガナ)	年 月 日生

※「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。(その他の場合は、押印の必要はありません。)

※「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。

※*印欄は、依頼者が、遺族の法定代理人又は遺族から委任を受けた弁護士の場合のみ記入してください。

次のとおり診療報酬明細書等の開示 (交付) を依頼します。

本人 (受診者) 欄	氏名 (フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所 〒 ・ 都道府県 市区 町村 (電話) ・ ・		
	診療時における被保険者 証の記号番号	世帯主、世帯主以外の別	老人医療受給者にあつて は受給者番号
		世帯主 世帯主以外	
	*上記と違う場合に記入 してください。	受診時の住所：仙北郡美郷町 旧姓：	

※受診当時の氏名・住所を記入してください。

※依頼者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月 診療分	医科入院	医科入院外	歯科	調剤	その他
年 月 診療分	医科入院	医科入院外	歯科	調剤	その他
年 月 診療分	医科入院	医科入院外	歯科	調剤	その他
年 月 診療分	医科入院	医科入院外	歯科	調剤	その他
保険医療機関等名			所在地		

※所在地は、市区町村名まで記入してください。 受領者 (依頼者) 署名
(受付日付印)

※受領の際にご記入ください。

(裏面)

遺族等からのレセプト開示依頼の場合

遺族等に対してレセプトを開示したことを保険医療機関等へ連絡することについて	1 同意します。	2 同意しません。
---------------------------------------	----------	-----------

※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 個人番号カード 2 運転免許証 3 旅券 (パスポート) 4 身分証明書 (官公庁等の写真付) 5 船員手帳 6 その他 ()
	7 国民健康保険被保険者証 8 健康保険被保険者証 9 船員保険被保険者証 10 厚生年金保険年金証書 (手帳) 11 身体障害者手帳 12 依頼書に押印した印の印鑑登録証明書 13 写真付身分証明書 (学生証、会社) 14 写真付公の機関が発行した資格証明書 15 その他 ()

B 本人 (受診者) 死亡・遺族特定の確認書類	1 戸籍全部事項証明書 (戸籍個人事項証明書) 2 住民票 (除票) 3 死亡診断書 4 その他 ()
-------------------------	---

C 法定代理人の確認書類	1 戸籍全部事項証明書 (戸籍個人事項証明書) 2 住民票 3 成年被後見人宣告書 4 家庭裁判所の証明書 5 その他 ()
--------------	--

D 弁護士の確認書類	1 弁護士記章 (登録番号No.) 2 身分証明書 3 レセプト開示依頼に係る「委任状」及び委任状に押印された印の印鑑登録証明書
------------	--

※Dの書類は、3点とも必要 (身分証明書がない場合はAの書類)

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚

