

診療報酬明細書等開示請求書

年 月 日

撰津市長 様

請求者	ふりがな	
	氏名	年 月 日生
	住所	(〒 —)
	連絡先(電話番号)	

次のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

請求に係る診療報酬明細書等	診療年月	保険医療機関等の名称	診療報酬明細書等の区分
	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 ()
	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 ()
開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送		
開示請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人		
開示請求者本人確認書類	本人確認のため、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () ※ この請求書を送付して開示請求をする場合は、本人確認書類の複写物に加えて住民票の写し(複写物不可で、開示請求の前30日以内に作成されたもの)に限ります。)を添付してください。		

法定代理人又は任意代理人が請求する場合には、次の欄にも記入してください。

本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者	
本人の氏名及び住所並びに連絡先	ふりがな	
	氏名	年 月 日生
	住所	(〒 —)
	連絡先(電話番号)	
代理人請求資格確認書類	法定代理人が請求する場合は、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください(複写物不可で、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	任意代理人が請求する場合は、次の書類を提出してください。 1 委任状(複写物不可で、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。) 2 委任者の運転免許証、個人番号カード等本人に対し一に限り発行される書類の写し	

(注) 1 各欄に必要な事項を記入し、該当する□にレ印を記入してください。

2 請求の際には、上記必要書類を提出してください。