様式第1号(第6条関係)

診療報酬明細書等の開示請求書

請求年月日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求者　　住所 | | | | 電話番号 | | (　　　　) | |
| 請求者　　氏名 | | | | 生年月日 | | 生 | |
| 被保険者との関係 | □本人　　　　□遺族　□父母  □法定代理人　　　　　□配偶者  □弁護士　　　　　　　□子供 | | | | | | □遺族の法定代理人  □遺族の弁護士 |
| 被保険者の住所 |  | | | | | | |
| 被保険者の氏名 |  | | | 生年月日 | 生 | | |
| 開示の方法 | | 閲覧・写しの交付 | | | | | |
| 傷病名欄等の開示 | | 要・不要 | | | | | |
| 開示請求する診療報酬明細書等 | | | | | | | |
| 名称 | | | 期間 | | | | |
| □　診療報酬明細書(□入院・□外来)  □　調剤報酬明細書  □　訪問看護療養費明細書 | | | 年　　　月分～　　　年　　　月分  　　　年　　　月分～　　　年　　　月分  　　　年　　　月分～　　　年　　　月分 | | | | |
| 特定の医療機関等の診療報酬明細書等の開示を希望するときは、当該医療機関等の名称 | | |  | | | | |
| 開示請求理由 | | | | | | | |

(注)1　開示は診療報酬明細書等の審査がすべて終了したものについて対象とします。また、開示に当たっては主治医の同意を必要としますので、後日開示の可否について御連絡します。

　　2　開示請求及び開示書類の閲覧又は受領は原則として本人とします。

　　　開示書類の閲覧又は受領の際には、本人と確認できる書類をご持参ください。ただし、特別の理由により、郵送を希望する場合は、本請求書を提出する際資格確認を行います。

　　　次の場合はいずれか1つの書類

　　　・日本国旅券、運転免許証、猟銃・空気銃所持許可証、戦傷病者手帳、宅地建物取引士証、電気工事士免許状、無線従事者免許証等

　　　次の場合はいずれか2つの書類

　　　・国民健康保険被保険者証、年金手帳・証書、印鑑登録証明書と実印、事業所の身分証明書、公の機関の発行した証明書(老人医療受給者証、母子手帳等)等

　　　なお、次の場合は、本人以外の者が請求できますので担当者にご相談ください。

　　　・開示書類に係る被保険者が未成年者又は成年被後見人のとき、その者の法定代理人又は被保険者の委任を受けた弁護士が被保険者に代わって請求する場合

　　　・開示書類に係る被保険者が死亡し、当該被保険者の父母、配偶者又は子が請求する場合

1. 傷病名欄等とは、診療報酬明細書等の「傷病名」、「摘要」、「医学管理」、全体の「そ

の他」及び「症状詳記」を指します。