

### 診療報酬明細書等開示依頼書（遺族用）

年 月 日提出

福井県後期高齢者医療広域連合長 殿

受付整理番号 \_\_\_\_\_

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____	男 女	年 月 日生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____	(電話) _____ - _____	
	受診者との関係	1. 遺族 2. 遺族（未成年者・成年被後見人）の法定代理人 3. 遺族の任意代理人		
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付を希望（通常・書留）	窓口交付による開示実施希望日 年 月 日	
	*遺族の氏名 及び生年月日	(フリガナ) _____	1 明治. 2 大正. 3 昭和. 4 平成 年 月 日生	
	保険医療機関等に開示についての意見を照会し、又は開示した旨を保険医療機関等へ連絡することについて同意されますか	はい・いいえ		
	開示することは被保険者等の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか (開示を求める特別な理由があれば記載してください。)	はい・いいえ		

- ※ 「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、依頼者が提出又は提示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委任を受けた任意代理人の場合のみ記入して下さい。

次のとおり診療報酬明細書等の開示（交付）を依頼します。

受診者欄	氏名	(フリガナ) _____	男 女	1 明治. 2 大正. 3 昭和. 4 平成 年 月 日生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____	(電話) _____ - _____	
	診療時における被保険者証の記号番号	診療時における被保険者証の保険者番号		
	*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください	*診療時における氏名： *診療時における住所：		

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)

受付日付印

受領者(依頼者)署名

※受領の際にご記入下さい。

