様式10号

(表面)

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

年　　月　　日提出

　亀山市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(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　郵送交付を希望 |
| ＊遺族の氏名及び生年月日 | (フリガナ)　　　　　　　　　　　　 | 年　　　月　　　日生　 |
| 保険医療機関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 |
| 開示することは受診者の生前の意志や名誉との関係で問題がありませんか | はい・いいえ |
| (開示を求める理由を記載してください。) |

※　「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。

※　「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。

※　「＊」欄は、依頼者がご遺族の方以外の場合に記入してください。

※　レセプトが医師の個人情報である場合、開示についての意見を保険医療機関等へ事前に照会することについて同意いただけない場合、開示を行うことはできません。

※　レセプトを開示する場合、開示したことを保険医療機関等に連絡しますが、連絡することについて同意いただけない場合、依頼者である遺族を特定しない形で、開示したことを保険医療機関等に連絡します。

　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 | 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 | 　 |

※　受診当時の氏名を記入してください。

※　所在地は、市町村名まで記入してください。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 受領者(依頼者)署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　受領の際にご記入ください。 |
| 　 | 　 | 受付日付印 | 　 | 　 |
| 　 |

(裏面)

※　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 | ア　次のうちいずれか1点　　個人番号カード、運転免許証、旅券(パスポート)、国又は地方公共団体の機関が発行した身分証明書、海技免状、小型船舶操縦免許証、電気工事士免状、宅地建物取引主任者証、教習資格認定証、船員手帳、戦傷病者手帳、身体障害者手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書イ　次のうちいずれか2点(a＋a又はa＋b)　a　国民健康保険被保険者証、健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、介護保険の被保険者証、共済組合員証、国民年金手帳及び基礎年金番号通知書、国民年金・厚生年金保険又は船員保険の年金証書、共済年金又は恩給の証書、写真の貼付のない住民基本台帳カード、開示依頼書に押印した印の印鑑登録証明書　b　学生証、法人が発行した身分証明書で写真付きのもの、国又は地方公共団体が発行した資格証明書のうち写真付きのもの(アに掲げる書類を除く。) |

|  |  |
| --- | --- |
| B　法定代理人の確認書類 | 1　戸籍謄本　　　2　住民票　　　3　登記事項証明書4　家庭裁判所の証明書　　　　　5　その他(　　　) |

|  |  |
| --- | --- |
| C　任意代理人の確認書類(右記全て) | 1　遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼にかかる委任状2　委任状に押印された印の印鑑登録証明書 |

|  |  |
| --- | --- |
| D　本人(受診者)死亡・遺族特定の確認書類 | 1　戸籍謄本　　　2　住民票(除籍)　　　3　死亡診断書4　その他(　　　　　　　　　　　　　　) |

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