

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

受付整理番号

開示依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男女	明治・大正・昭和・平成
		年 月 日生		
	住所	〒 ー 都道府県		郡市区 町村
		(電話) ー ー		
	受診者との関係	1 本人 2 法定代理人 3 任意代理人 4 遺族等 5 遺族等の法定代理人 6 遺族等の任意代理人		
	希望する開示(交付)の方法	1 窓口での閲覧 2 窓口での交付 3 郵送による交付		
	窓口での閲覧・交付による開示実施希望日	年 月 日		
遺族等の氏名・生年月日	(フリガナ)	年 月 日生		
開示を求める理由				

※「氏名」欄は、必ず開示依頼者本人が署名してください。

※「住所」欄は、開示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。

※「遺族等の氏名・生年月日」欄は、開示依頼者が遺族等の法定代理人又は遺族等から委任を受けた任意代理人の場合のみ記入してください。

大阪府後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱第4条の規定により、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を依頼します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	男女	明治・大正・昭和
		年 月 日生		
	住所	〒 ー 都道府県		郡市区 町村
	(電話) ー ー			
	診療時における被保険者証の被保険者番号			

※受診当時の氏名を記入してください。

※開示依頼者と受診者が同一人の場合は、「氏名、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

※「住所」欄は、受診者の被保険者証等に記載されている現住所を記入し、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

(裏面)

診療報酬明細書等申請内訳

診療年月	診療報酬明細書等区分
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)
受付日付印	受領者(依頼者)署名
	※受領の際にご記入下さい。

----- ※以下の各欄は、記入する必要がありません。 -----

A 開示依頼者の本人確認書類	次のいずれか1点(官公署発行の写真を貼付したもの) 1 運転免許証 2 旅券(パスポート) 3 マイナンバーカード 4 その他()
	次のいずれか2点(官公署発行の写真を貼付されていないもの) 1 被保険者証() 2 介護保険被保険者証 3 年金手帳() 4 年金証書() 5 恩給証書 6 その他()
	上記以外のもの()
B 法定代理人の確認書類	1 戸籍謄本(抄本) 2 家庭裁判所の証明書 3 登記事項証明書 4 その他()
C 任意代理人の確認書類	1 委任状
D 遺族の確認書類	1 戸籍謄本(抄本) 2 住民票(除票)の写し 3 死亡診断書

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