様式第9号（第19条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

診療報酬明細書等開示依頼書（遺族用）

　　　年　　　月　　　日　提出

椎葉村長　殿 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付整理番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依  頼  者  欄 | 氏  名 | （フリガナ）  　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | 性  別 | | １男  ２女 | 生年  月日 | | 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．（未成年者・成年被後見人）の法定代理人　３．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 | | | | | 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 | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | 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。 | | | | | | | | | | ある・ない |
| （開示を求める特別な理由があれば記載してください。） | | | | | | | | | | |

※「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。（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。

※＊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ください。

　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 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | | | | | | | | | 性  別 | １男  ２女 | 生年  月日 | | 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 | | | | | | | | | | | | | 被保険者・被扶養者の別 | | | | 被扶養者である場合については、被扶養者の氏名及び生年月日 | |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | １．被保険者　２．被扶養者 | | | | | 氏名：　　　　　　　年　　月　　日生 | |
| ＊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。 | | | | | | | | 事業所名：　　　　　　　　所在地： | | | | | | | | | | |

　※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（請求者）署名 |
| ※受領の際に御記入ください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

※以下の各欄は記入する必要がありません。

|  |  |
| --- | --- |
| Ａ  依頼者の本人  確認書類 | １．運転免許証　２．健康保険組合が発行する健康保険被保険者証  ３．国民健康保険被保険者証　４．後期高齢者医療被保険者証  ５．外国人登録証明書　６．住民基本台帳カード  ７． 共済組合員証　８．旅券（ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ）　９．年金手帳（年金証書)  10． 共済年金証書　11．恩給証書　12．その他（　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｂ  法定代理人の  確認書類 | １．戸籍謄本（抄本）  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 | １．遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼に係る「委任状」  ２．「委任状」に押印された印の印鑑登録証明書 |

※Ｃの書類は２点とも必要

|  |  |
| --- | --- |
| Ｄ  本人（受診者）  死亡・遺族特定  の確認書類 | １．戸籍謄本（抄本）  ２．住民票（除票）  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 | |