

袋井市長

受付整理番号

依頼者欄	氏名	フガナ	大・昭・平		
			年	月	日生
	住所	〒 — 電話番号 — —			
	受診者との関係	本人・遺族・法定代理人・任意代理人			
	開示(交付)の方法	窓口交付を希望 ・ 郵送による交付を希望			
☆遺族の氏名及び生年月日	フガナ	大・昭・平・令			
		年	月	日生	

※「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は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、保佐人、補助人又は遺族から委任を受けた弁護士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	フガナ	男女	大・昭・平・令
			女	年 月 日生
	住所	〒 — 電話番号 — —		
	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。

※依頼者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

保健医療機関等名	所在地	診療年月	診療報酬明細書等区分
		年 月	医科入院 ・ 医科入院外 歯科 ・ 調剤 ・ その他
		年 月	医科入院 ・ 医科入院外 歯科 ・ 調剤 ・ その他
		年 月	医科入院 ・ 医科入院外 歯科 ・ 調剤 ・ その他
		年 月	医科入院 ・ 医科入院外 歯科 ・ 調剤 ・ その他
		年 月	医科入院 ・ 医科入院外 歯科 ・ 調剤 ・ その他

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

受付日付印

受領者(依頼者)署名

※受領の際に御記入ください。

※以下の各欄は記入する必要がありません。

(市側記入欄)

A 本人確認書類	運転免許証 ・ 旅券(パスポート) 身分証明書(官公庁等の写真付) ・ 船員手帳 その他()
	健康保険被保険者証 ・ 船員保険被保険者証 国民健康保険被保険者証 ・ 厚生年金保険年金証書 身体障害者手帳 ・ 依頼書に押印した印の印鑑登録証明書 写真付身分証明書(学生証、会社) 写真付公の機関が発行した資格証明書 その他()

B 本人(受診者) 死亡遺族特定の 確認書類	戸籍謄本(抄本) ・ 住民票(除票) ・ 死亡診断書 その他()
------------------------------	--------------------------------------

C 法定代理人の 確認書類	戸籍謄本(抄本) ・ 住民票 ・ 後見開始審判書 家庭裁判所の証明書 ・ その他()
------------------	--

D 任意代理人の 確認書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ レセプト開示依頼に係る「委任状」及び委任状に押印された印の印鑑登録証明書 ・ 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
------------------	--

※Dの書類は、2点とも必要。これに加え、Aの本人確認書類も必要。

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号					
				総枚数	枚