

診療報酬明細書等の開示依頼書

渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日提出

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____ 印	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) _____		
	受診者との関係	1.本人 2.遺族 3 (未成年・禁治産者)の法定代理人 4.弁護士		
	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		
	*遺族の氏名	(フリガナ) _____	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日 生	
	及び生年月日			

※「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。

本人受診者欄	氏名	(フリガナ) _____	男女	1 大正 2 昭和 3 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	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保険者の氏名及び生年月日	
	_____	1. 被保険者 2. 被扶養者	氏名： _____ T：S _____ 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(営業所名)： _____ 所在地： _____		

※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。

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			
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	6. その他			
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	7. その他			
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	8. その他			
保険医療機関等名					所在地			

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

受領者(依頼者)署名

受付日付印

※受領の際にご記入ください。

(裏面)

A 本人確認書類	1. 運転免許証	2. 旅券(パスポート)	3. 身分証明書(官公庁等の写真付)
	4. 船員手帳	5. その他 ()	
	6. 健康保険被保険者証	7. 船員保険被保険者証	8. 国民健康保険被保険者証
	9. 厚生年金保険年金証書(手帳)	10. 身体障害者手帳	
	11. 依頼書に押印した印の印鑑登録証明書	12. 写真付身分証明書(学生証、会社)	
	13. 写真付公の機関が発行した資格証明書		
	14. その他 ()		

B 本人(受診者) 死亡・遺族特定の 確認書類	1. 戸籍謄本(抄本) 4. その他()	2. 住民票(除表) ()	3. 死亡診断書
-------------------------------	--------------------------	-------------------	----------

C 法定代理人 の確認書類	1. 戸籍謄本(抄本) 5. その他()	2. 住民票	3. 禁治産宣告書	4. 家庭裁判所の証明書
------------------	--------------------------	--------	-----------	--------------

D 弁護士の 確認書類	1. 弁護士記章(登録番号No.) 2. 身分証明書 3. 開示依頼にかかる「委任状」及び委任状に押印された印の印鑑登録証明書

※Dの書類は、3点とも必要。(身分証明書がない場合はAの書類)

		診療報酬明細書等摘要欄						
整 理 番 号		—	—	—	—	—	—	—
		—	—	—	—	—	—	—
		—	—	—	—	—	総枚数 枚	