

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

令和 年 月 日提出
受付整理番号 _____

油研健康保険組合理事長 殿

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____ 印	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. 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
欄	* 遺族の氏名 及び生年月日	(フリガナ) _____	1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和 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、また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志や名誉との関係で問題がありますか。 (開示を求める特別な理由があれば記載してください)			はい・いいえ

- ※ 「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証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」欄は請求者が提示また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。
- ※ * 欄は依頼者が遺族の法定代理人また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	(フリガナ) _____ 印	男 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 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 記号・番号	被保険者・被扶養者の別	*	
	記号	番号	1. 被保険者 2. 被扶養者	氏名 年 月 日生
* 被保険者の記号・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。
- ※ 所在地は市区町村名まで記入してください。

診療年月日	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)

受付日印

受領者(請求者)署名

※ 受領の際にご記入下さい。

