

(様式1)

診療報酬明細書等開示請求書(本人用)

油研健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出
受付整理番号 _____

請求者欄	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. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		窓口交付による 開示実施希望日 年 月 日
	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		

- ※ 「氏名」欄は必ず請求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。

個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第33条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

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	* 氏名 年 月 日生	
	記号: _____ 番号: _____	1. 被保険者 2. 被扶養者		
* 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。
※ 開示請求者が本人の場合は「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。
※ 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 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月 診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月 診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月 診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (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。

