

# 記入例

## 自己情報（レセプト）開示請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

郵便番号 〇〇〇—〇〇〇〇  
 住 所 岡山市〇〇区〇〇町〇〇  
 請求者 氏 名 後期 花子 ㊟  
 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日  
 電話番号 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第16条又は第20条の規定により、次のとおりレセプトの開示を請求します。

請求に係るレセプトの内容	診療年月	レセプト区分
	令和〇〇年〇〇月診療分	<input type="checkbox"/> 医科 <input checked="" type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
	年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
	年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他
保険医療機関等の名称及び所在地	名 称	〇〇病院
	所在地	岡山市〇〇区〇〇町〇〇番地
その他参考事項	診療時における被保険者証の記号番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
	その他	
開示の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 全部開示	診療年月欄が不足する場合や複数の病院の場合、別紙をご利用ください。
	<input type="checkbox"/> 一部を伏せた開示 ※レセプトの「傷病名」欄、「摘要」欄、「医学管理」欄、全体の「その他」欄、「処置・手術」欄中の「その他」欄及び「症状詳記」を伏せたもの	
開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの送付	
法定代理人によるレセプトの開示請求の場合は、次の欄にも記入してください。		
本人の住所、氏名、生年月日及び電話番号	住 所 氏 名 生年月日 電話番号	
請求理由	〇〇〇〇〇〇〇〇のため	

(注) 該当する□に✓印をご記入ください。

【職員記載欄】 次の欄には記入しないでください。

請求者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )
法定代理人の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍簿・謄本 <input type="checkbox"/> その他 ( )

所 管 課		受付印
備 考		