

自己情報（レセプト）開示請求書

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

請求者 郵便番号  
住所  
氏名  
生年月日  
電話番号

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
	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
	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
その他参考事項	保険医療機関等の名称及び所在地	名称	
		所在地	
その他参考事項	診療時における被保険者証の記号番号		
	その他		
開示の内容	<input type="checkbox"/> 全部開示		
	<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 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			

（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		