

## 様式第1号（第5条関係）

## レセプト開示依頼書

年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

依頼者	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レセプトの開示に関する要綱第2条第1項の規定により、次のとおりレセプトの開示を依頼します。

開示依頼に係る レセプトの内容	被保険者	住 所					
		氏 名					
		生年月日					
		被保険者証 の記号番号					
	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					
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							
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						
遺族の法定代理人又は遺族から委任を受けた弁護士によるレセプトの開示依頼の場合は、次の欄にも記入してください。							
遺族の住所、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。

依頼者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( )
遺族の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(抄本) <input type="checkbox"/> その他( )
法定代理人の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(抄本) <input type="checkbox"/> その他( )
弁護士の確認	<input type="checkbox"/> 弁護士記章(登録番号No. ) <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> レセプト開示依頼にかかる「委任状」及び委任状に押印された印の 印鑑登録証明書

所 管 課		受付印
備 考		