

## ○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規則

平成20年7月1日  
広域連合規則第8号

(趣旨)

第1条 岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年岡山県後期高齢者医療広域連合条例第17号。以下「条例」という。）に基づく岡山県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が行う後期高齢者医療に係る診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。）の開示については、条例に定めがあるもののほか、この規則の定めるところによる。

(開示請求等の手続)

第2条 条例第21条第1項の規定によるレセプトの開示請求は、所定の自己情報（レセプト）開示請求書により行うものとする。ただし、広域連合長が適当と認めるときは、他の様式によることができる。

2 レセプトの開示請求をしようとする者は、前項の請求書を、直接広域連合に提出しなければならない。ただし、広域連合長が適当と認めるときは、郵送等により請求書を提出することができる。

3 条例第21条第2項に規定する実施機関が定めるものは、次の各号に掲げる場合において、当該各号に掲げる書類とする。

(1) 本人がレセプトの開示請求をしようとする場合 運転免許証、旅券その他開示請求をしようとする者の氏名及び住所が記載されている書類で広域連合長が適当と認めるもの

(2) 法定代理人がレセプトの開示請求をしようとする場合 当該法定代理人に係る前号に掲げる書類及び戸籍謄本その他の法定代理人の資格を証明する書類で広域連合長が適当と認めるもの

(開示決定等の通知)

第3条 条例第23条第2項に規定する通知は、次の各号に掲げる決定の区分に応じ、当該各号に定める様式により行うものとする。

(1) レセプトの全部を開示するとき 所定の自己情報（レセプト）開示決定通知書

(2) レセプトの一部を開示するとき 所定の自己情報（レセプト）一部開示決定通知書

(3) レセプトの全部を開示しないとき 所定の自己情報（レセプト）不開示決定通知書

2 条例第23条第3項に規定する通知は、所定の決定期間延長通知書により行うものとする。

3 広域連合長は、条例第23条第5項の規定により第三者から意見を聴くときは、所定の意見聴取通知書により通知するものとする。ただし、書面による必要がないと認めるときは、口頭により通知することができる。

4 レセプトの「傷病名」欄等（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」）の記載を不開示にする取扱いについて請求者が同意したことにより開示を決定した場合には、そ

のレセプトを発行した保険医療機関等（調剤報酬明細書については、その調剤報酬明細書に記載された保険医療機関）に対し、開示した旨を速やかに通知するものとする。

（開示の実施等）

第4条 条例第24条第1項の規定によるレセプトの開示は、広域連合長が指定する日時及び場所において行うものとする。

2 条例第24条第1項に規定する実施機関が定める方法は、当該レセプトの写し等の閲覧、交付又は送付によるものとする。

3 条例第24条第3項に規定する実施機関が定めるものについては、第2条第3項の規定を準用する。

（費用負担）

第5条 条例第25条第2項の規定による写しの作成に要する費用は、レセプト一面当たり10円とする。

2 条例第25条第2項の規定による写しの送付に要する費用は、郵送料の実額とする。

3 前2項に規定する費用は、前納とする。ただし、広域連合長がやむを得ない理由があると認めるときは、この限りでない。

（不服の申立てに係る諮問）

第6条 条例第26条の規定による諮問は、岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則（平成19年岡山県後期高齢者医療広域連合規則第17号）第13条に規定する諮問書により行うものとする。

（補則）

第7条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成23年8月1日広域連合規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

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		

様式第2号（第3条関係）

自己情報（レセプト）開示決定通知書

第 号  
年 月 日

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長

印

年 月 日付で請求のあったレセプトの開示については、岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第23条第1項の規定により、次のとおり開示することに決定しましたので通知します。

開示請求に係る レセプト	被保険者	住所		
		氏名		
	診療月日		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			
開示の日時及び 場所	日時	年 月 日 ( )	午前 時 分 午後	
	場所			
開示の内容	<input type="checkbox"/> 全部開示			
	<input type="checkbox"/> 「傷病名」欄等一部を伏せた開示			
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			
所管課	電話番号			
備考				

- (注) 1 指定された日時に来られない場合は、所管課に連絡してください。  
 2 レセプトの開示を受けるときは、この通知書を提示するとともに、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、旅券等）を提示してください。

自己情報（レセプト）一部開示決定通知書

第 年 月 日 号

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長



年 月 日付で請求のあったレセプトの開示については、岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第23条第1項の規定により、次のとおりその一部を開示することに決定しましたので通知します。

開示請求に係るレセプト	被保険者	住所	
		氏名	
	診療月日	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		
開示しない部分及び理由			
開示の日時及び場所	日時	年 月 日 ( )	午前 時 分 午後
	場所		
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		
所管課	電話番号		
備考			

(注) 1 指定された日時に来られない場合は、所管課に連絡してください。

2 レセプトの開示を受けるときは、この通知書を提示するとともに、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、旅券等）を提示してください。

[教示] 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、岡山県後期高齢者医療広域連合長に対して異議申立てをすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると異議申立てをすることができなくなります。）。

2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、岡山県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において岡山県後期高齢者医療広域連合を代表する者は、岡山県後期高齢者医療広域連合長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第4号（第3条関係）

自己情報（レセプト）不開示決定通知書

第 年 月 日 号

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長



年 月 日付で請求のあったレセプトの開示については、岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第23条第1項の規定により、次のとおり開示しないことに決定しましたので通知します。

開示請求に係るレセプト	被保険者	住所	
		氏名	
	診療月日	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		
開示しない理由			
所管課	電話番号		
備考			

- 〔教示〕 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、岡山県後期高齢者医療広域連合長に対して異議申立てをすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると異議申立てをすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、岡山県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において岡山県後期高齢者医療広域連合を代表する者は、岡山県後期高齢者医療広域連合長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、上記1の異議申立てをした場合には、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

決定期間延長通知書

第 号  
年 月 日

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長



年 月 日付で請求のあったレセプトの開示については、岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第23条第3項の規定により、次のとおり決定期間を延長しましたので通知します。

開示請求に係るレセプト	被保険者	住所	
		氏名	
	診療月日	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		
条例第23条第1項の規定による決定期間	年 月 日（ ）から ( 日間) 年 月 日（ ）まで		
延長後の決定期間	年 月 日（ ）から ( 日間) 年 月 日（ ）まで		
延長の理由			
所管課	電話番号		
備考			

意見聴取通知書

第 号  
年 月 日

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長



岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例に基づき、貴院から提出されたレセプトについて開示請求がありました。

つきましては、当該レセプトを開示するかどうかの決定に当たり、当該レセプトを開示することにより受診者が疾病名等を知った場合、今後の診療上に支障が生ずるか否か等について、貴院のご意見を賜りたく岡山県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第23条第5項の規定により意見をお聴きしたいので、 年 月 日までに回答をお願いします。

なお、回答がない場合は、意見のないものとして取扱います。

開示請求年月日	年 月 日					
開示対象の被保険者	被保険者番号		氏名		生年月日	年 月 日
開示請求に係るレセプト	診療年月			レセプト区分		
所 管 課	電話番号					
備 考						