

○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

平成21年4月16日
広域連合告示第17号

(目的)

第1条 この要綱は、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の被保険者（以下「被保険者」という。）が死亡している場合において当該被保険者の遺族から当該被保険者の診療報酬明細書、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。）の開示依頼があった場合におけるレセプトの開示の取り扱いに関し必要な事項を定めることにより、個人情報 の適正な管理に必要な措置を講じるとともに、住民サービスの一層の充実を図ることを目的とする。

(レセプトの開示依頼)

第2条 広域連合長に対し、当該被保険者に係るレセプトの開示を依頼することができる遺族等は、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 当該被保険者の父母、配偶者若しくは子又はこれらに準ずる者（以下「遺族」という。）
- (2) 遺族が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人
- (3) 遺族からレセプトの開示依頼に関する委任を受けた弁護士

2 診療月の末日の翌日から起算して5年を経過したレセプトは、開示依頼をすることができない。

3 広域連合長は、開示依頼があった場合は、開示依頼に係るレセプトに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）第17条各号に掲げる情報（以下「不開示情報」という。）のいずれかが含まれているときを除き、サービスの一環として当該レセプトを開示するものとする。

(一部開示)

第3条 広域連合長は、開示依頼に係るレセプトの一部に不開示情報が含まれている場合において、不開示情報に該当する部分とそれ以外の部分を容易に分離でき、かつ、それにより開示依頼の趣旨が損なわれないときは、当該不開示情報に係る部分を除いて開示するものとする。

(レセプトの存否に関する情報)

第4条 広域連合長は、開示依頼に対し、当該開示依頼に係るレセプトが存在しているか、又は存在していないかを答えるだけで、不開示情報を開示することとなるときは、当該レセプトの存否を明らかにしないで、当該開示依頼を拒否するものとする。

(開示依頼の手続)

第5条 開示依頼をしようとする者は、広域連合長に対し、次の各号に掲げる事項を記載したレセプト開示依頼書（様式第1号）を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、他の様式によることができる。

- (1) 氏名及び住所
- (2) 開示依頼に係るレセプトを特定するために必要な事項
- (3) 前2号に掲げるもののほか、広域連合長が定める事項

2 開示依頼をしようとする者は、第2条第1項に規定する当該開示依頼をすることができる者及びその本人であることを証する書類で広域連合長が適当と認めるものを提示し、又は提出しなければならない。

3 開示依頼をしようとする者は、直接広域連合に第1項の依頼書を提出し、及び前項の書類を提示し、又は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、郵送等により提出することができる。

(依頼に対する決定等)

第6条 広域連合長は、開示依頼があったときは、速やかに審査を開始し、当該開示依頼に係るレセプトを開示する旨又は開示しない旨の決定をするものとする。

2 広域連合長は、前項の決定をしたときは、開示依頼をした者に対し、速やかに、次の各号に掲げる当該決定の区分に応じ、当該各号に定める様式により通知するものとする。

(1) 全部を開示するとき レセプト開示決定通知書(様式第2号)

(2) 一部を開示するとき レセプト一部開示決定通知書(様式第3号)

(3) 全部を開示しないとき レセプト不開示決定通知書(様式第4号)

3 第1項の規定により、当該開示依頼に係るレセプトについて、全部又は一部の開示を決定したときは、遺族の同意を得て、速やかに、当該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処方せんを交付した保険医療機関等)又は保険薬局にその旨を通知するものとする。ただし、当該通知を行うことについて遺族の同意が得られなかったときは、当該通知は行わないものとする。

(開示の実施)

第7条 広域連合長は、前条第1項の規定によりレセプトを開示する旨の決定をしたときは、開示依頼をした者に対し、速やかに、そのレセプトの写し等を閲覧に供し、又はそのレセプトの写しを交付する方法により当該レセプトを開示するものとする。

2 前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。

3 レセプトの開示を受ける者は、当該開示依頼をした者本人であることを証する書類で広域連合長が適当と認めるものを提示し、又は提出しなければならない。

(費用の負担)

第8条 この要綱に基づくレセプトの開示に係る手数料は、無料とする。

2 この要綱に基づきレセプトの写しの交付を受ける者は、次の各号に掲げる費用の区分に応じ、当該各号に定める額を負担しなければならない。

(1) 写しの作成に要する費用 レセプト1面当たり10円

(2) 写しの送付に要する費用 郵送料の実額

3 前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。

(その他)

第9条 この要綱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

この要綱は、平成21年4月16日から施行する。

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

郵便番号
住 所
依頼者 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		

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 日付で依頼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レセプトの開示に関する要綱第6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。

開示依頼に係る 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 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、依頼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。

レセプト一部開示決定通知書

第 号
年 月 日

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長

印

年 月 日付で依頼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レセプトの開示に関する要綱第6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。

開示依頼に係る 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、依頼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。

レセプト不開示決定通知書

第 号
年 月 日

様

岡山県後期高齢者医療広域連合長

印

年 月 日付で依頼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レセプトの開示に関する要綱第6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。

開示依頼に係る 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			