

保有個人情報（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

郵便番号
住 所
請求者 氏 名
生年月日
電話番号

個人情報の保護に関する法律第 7 7 条第 1 項の規定により、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		☐ 医科 ☐ 医科入院 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ その他
	年 月診療分		☐ 医科 ☐ 医科入院 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ その他
	年 月診療分		☐ 医科 ☐ 医科入院 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 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	診療時における被保険者番号		
	その他		
開 示 の 内 容	☐ 全部開示		
	☐ 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	☐ 写しの閲覧 ☐ 写しの交付 ☐ 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	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他（ ）	
法 定 代 理 人 の 確 認	☐ 戸籍簿・謄本 ☐ その他（ ）	
所 管 課		受付印
備 考		