

記入例

レセプト開示依頼書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

郵便番号 〇〇〇—〇〇〇〇
住 所 岡山市〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
依頼者 氏 名 後期 花子
生年月日 昭和〇年〇月〇日
電話番号 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

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	岡山市〇区〇〇町〇〇番地
		氏 名	後期 太郎
		生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日
		被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
	診 療 年 月		レセプト区分
	令和〇〇年〇〇月診療分		☐ 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	〇〇病院	
	所 在 地	岡山市〇区〇〇町〇〇番地	
その他参考事項			
開 示 の 方 法 ☐ 写しの閲覧 ☐ 写しの交付 ☒ 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	診療年月欄が不足する場合や複数の 病院の場合、別紙をご利用ください。	
	氏 名		
	生年月日		
	電話番号		
請 求 理 由		〇〇〇〇〇〇〇〇のため	

(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	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()
遺 族 の 確 認	☐ 戸籍謄本(抄本) ☐ その他 ()
法定代理人の確認	☐ 戸籍謄本(抄本) ☐ その他 ()
弁 護 士 の 確 認	☐ 弁護士記章(登録番号No.) ☐ 身分証明書 ☐ 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		