

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

京阪グループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 提出
受付整理番号

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第33条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を請求します。

*** 提出にあたり、依頼者の本人確認書類が必要となります。詳しくは裏面をご覧ください。**

依頼者欄	住所	〒		
	氏名			
	電話番号			
	受診者との関係	1. 遺族 2. 遺族(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 3. 任意代理人		
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付 2. 郵送交付	傷病名等を伏せた診療報酬明細書等の開示を希望されますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	* 遺族の氏名及び生年月日	生年月日 年 月 日		
	保険医療機関に開示についての意見を照会し、又は開示した旨を保険医療機関等へ連絡することについて同意されますか	はい・いいえ		
	開示することは受診者の生前の意思や名誉との関係で問題ありませんか (開示を求める理由を記載してください。)	はい・いいえ		

*「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ、登録されている印を押印してください。

*「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入してください。

「」印欄は、ご遺族の代理人が依頼される場合に記入してください。

*レセプトが医師の個人情報である場合、開示についての意見を保険医療機関等へ事前に照会することについて同意いただけない場合、開示を行うことはできません。

*レセプトを開示する場合、開示したことを保険医療機関等に連絡しますが、連絡することについて同意を頂けない場合、依頼者である遺族の特定をしない形で、開示したことを保険医療機関等に連絡します。

受診者欄	住所			
	氏名	(□被保険者 □被扶養者)		
	診療時における被保険者証の(記号) (番号)	※受診者が被扶養者である場合の、被保険者氏名		
	※不明な場合は事業所名			

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月～ 年 月	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月～ 年 月	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月～ 年 月	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)

依頼者本人を確認する書類等について

(1) 窓口来所による開示請求の場合

窓口に来所して開示請求をする場合、本人確認のため、氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。

- (例) 運転免許証 健康保険被保険者証
 在留カード 旅券(パスポート)
 マイナンバーカード等

(2) 法定代理人による開示請求の場合

法定代理人が開示請求をする場合には、下記書類を提出してください。

- ・本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類
- ・戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(開示請求の前30日以内に作成された原本)

(3) 任意代理人による開示請求の場合

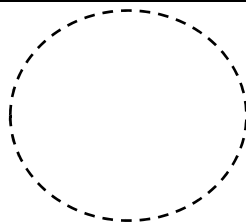
任意代理人が開示請求をする場合には、下記書類を提出してください。

- ・委任者本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類
 - ・委任者本人からの委任状
 - ・委任状に押印された委任者本人の印鑑登録証明書(開示請求の前30日以内に作成された原本)
- ※委任者本人の本人確認書類は、委任状とともに提出された印鑑登録証明書と兼ねることとなりますので、その他の書類の提出は必要ございません。

(4) 送付による開示を希望する場合

送付による保有個人情報の開示をする場合には、住民票の写し(開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

受付日印



受領者(請求者)署名

* 受領の際にご記入ください。