

(様式1)

(表面)

診療報酬明細書等開示請求書 (本人用)

平成 年 月 日提出

東京都弁護士国民健康保険組合理事長 殿

受付整理番号 _____

請求者欄	氏名	(フリガナ) _____	男	年 月 日生
			女	
	住所	〒 _____ (電話) - -		
	受診者との関係	1.本人 2.法定代理人 3.任意代理人		窓口交付による開示実施希望日
	開示(交付)の方法	1.窓口交付を希望 2.郵送による交付を希望		年 月 日

- ※「氏名」欄は、必ず請求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。(その他の場合は、押印の必要はありません。)
- ※「住所」欄は、請求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、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25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を請求します

受診者欄	氏名	(フリガナ) _____	男	1.昭和 2.平成	年 月 日生
			女		
	住所	〒 _____ (電話) - -			
	診療時における被保険者証の記号番号	組合員・家族の別	氏名: _____		
84- _____	1.組合員 2.家族	年 月 日生			
	*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください。	法律事務所名: _____ 所在地: _____			

- ※受診当時の氏名を記入してください。
- ※開示請求者が本人の場合は、「氏名、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。
- ※法律事務所所在地は、市区町村名まで記入してください。

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

受付日付印

受領者(請求者)署名

※受領の際にご記入ください。

「診療報酬明細書等の開示請求書」を提出の際 開示請求をされる方の本人確認に必要な書類

国民健康保険被保険者証、健康保険被保険者証（遠隔地被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証）、年金手帳（基礎年金番号通知書）、年金証書、運転免許証、共済組合員証、在留カード、特別永住者証明書、住民基本台帳カード（住所が記載されているものに限る）、共済年金証書、恩給証書、旅券（パスポート）等請求書に記載された氏名、住所（居所）が同一であることを確認できるもの

【上記以外に必要な書類】

開示請求をされる方が、被保険者本人の場合(であった方を含む)

※ 婚姻等のため、開示請求書の提出時に氏名と開示請求をする診療報酬明細書等の診療時の氏名が異なる場合は、旧姓等の確認できる書類を添付してください。

開示請求をされる方が、未成年者又は成年被後見人である場合における法定代理人の場合

※ 被保険者が、未成年者又は成年被後見人であること、及び開示請求される方が親権者若しくは未成年後見人又は成年後見人であることを確認できる次のいずれかの書類（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る）

- (1) 戸籍謄本（抄本）
- (2) 住民票
- (3) 登記事項証明書
- (4) 家庭裁判所の証明書
- (5) その他法定代理人関係を確認し得る書類

開示請求をされる方が、被保険者本人が開示請求をするにつき委任をした代理人（任意代理人）の場合

※ 任意代理人の本人確認は、次に掲げるいずれの書類（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る）の提出を求め、当該被保険者本人からレセプトの開示請求に関する委任があることを確認すること。

- ア. 被保険者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求にかかる「委任状」
- イ. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書

※ 郵送により開示請求を行う場合については、上記書類の写しに加え、住民票の写し（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る）を提出していただくことにより確認することとなります。