様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　殿

診療報酬明細書等開示請求書

受付整理番号

請求者欄	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 印	男・女	年　月　日生
	住所	〒　　―　　都道府県　　郡市区　　町村 （電話）　　―　　―		
	受診者との関係	１ 本人　２ 法定代理人　３ 任意代理人		
	開示の実施方法	１ 窓口交付を希望　２ 郵送による交付を希望		
	保険薬局への通知	１ 同意します　２ 同意しません		

注１　氏名欄は、必ず請求者本人が署名してください。
　　なお、本人確認書類として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。）。
２　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、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

鹿児島県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に関する要綱に基づき、次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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	年　月　日生
	住所	〒　　―　　都道府県　　郡市区　　町村 （電話）　　―　　―		
	診療時における被保険者証番号			

注１　受診当時の氏名を記入してください。
２　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。

診療報酬明細書等申請内訳

診療年月	診療報酬明細書等区分
年　　月診療分	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　　月診療分	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　　月診療分	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　　月診療分	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　　月診療分	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）
受付印	受領者（請求者）署名 ※受領の際に御記入願います。

注　所在地は、市区町村名まで記入してください。

----------※以下の各欄は、記入しないでください。----------

A 請求者の 本人確認書類	１　医療被保険者証等（種別：　　） ２　運転免許証　３　旅券（パスポート）　４　外国人登録証明書 ５　住民基本台帳カード　６　その他（　　）
B 法定代理人の 確認書類	１　登記事項証明書 ２　その他（　　）
C 任意代理人の 確認書類	１　レセプト開示請求にかかる委任状 ※ただし、被保険者本人の署名・押印があること。 ２　委任状に押印された印の印鑑登録証明書

注　Cの書類は、２点とも必要となります。

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	―	―	―	―	―
	―	―	―	総枚数　　枚	