

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依頼書

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	年 月 日生
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村 (電話) ー ー	
	受診者との関係	1 遺族 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	
	*遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	年 月 日生
	保険医療機関等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
	開示することは被保険者の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか。 (開示を求める特別な理由があれば記載してください。)		はい・いいえ

- 注1 氏名欄は、必ず依頼者本人が署名してください。
 2 住所欄は、依頼者が提示し、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。
 3 *印欄は、依頼者が、遺族の法定代理人又は委任を受けた任意代理人の場合のみ記入してください。

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依頼します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	年 月 日生
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村 (電話) ー ー	
	診療時における被保険者証番号		

注 受診当時の氏名を記入してください。

