

様式番号	
医	1

部 長	課 長	扱	合 議

診療報酬明細書等の開示依頼書

令和 年 月 日提出

北海道農業団体健康保険組合 理事長 殿

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	性別	男・女	生 年 月 日	○ 昭 ○ 平 ○ 令
						年 月 日
	住所	〒				
		電話 - -				
	受診者との関係		1. 本人 2. 遺族 3. (未成年者・禁治産者)の法定代理人 4. 弁護士			
	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			
* 遺族の氏名及び生年月日		(フリガナ)	生 年 月 日	○ 昭 ○ 平 ○ 令		
				年 月 日		

※「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。
(その他の場合は、押印の必要はありません)
※「住所」欄は、依頼者が提出または提示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。
※ * 印欄は、依頼者が遺族の法定代理人又または、遺族から委任を受けた弁護士の場合のみ記入してください。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

本人(受診者)欄	氏名	(フリガナ)	性別	男・女	生 年 月 日	○ 昭 ○ 平 ○ 令
						年 月 日
	住所	〒				
		電話 - -				
	診療時における被保険者証の記号番号		被保険者・被扶養者の別		被扶養者の場合については被保険者の氏名及び生年月日	
	-		1. 被保険者 2. 被扶養者		年 月 日生	
* 被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入		事業所名 所在地				

※受診当時の氏名を記入してください。
※依頼者が本人の場合は「氏名、性別、生年月日、住所」欄の記入は必要ありません。

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. 医科外来 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科外来 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科外来 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科外来 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名称	所在地

※保険医療機関等の所在地は、市町村名まで記入してください。

受領者(依頼者)署名

* 以下の各欄は記入しないでください。

本人 確認 書類	1. 運転免許証 2. 旅券(パスポート) 3. 身分証明書(官公庁等の写真付)
	4. 船員手帳 5. その他()
本人 確認 書類	6. 健康保険被保険者証 7. 船員保険被保険者証 8. 国民健康保険被保険者証
	9. 厚生年金保険年金証書(手帳) 10. 身体障害者手帳 11. 依頼書に押印した印の印鑑 証明書 12. 写真付身分証明書(学校・会社) 13. 写真付公の機関が発行した資格 証明書 14. その他()

本 遺 確 人 族 認 死 特 書 亡 の 類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 住民票(除票) 3. 死亡診断書
	4. その他()

法 の 定 確 代 認 理 書 人 類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 住民票 3. 禁治産宣告者
	4. 家庭裁判所の証明書 5. その他()

弁 確 護 認 士 書 の 類	以下の三点全て必要(2がない場合は、上記の本人確認書類)
	1. 弁護士記章(登録番号No.) 2. 身分証明書
	3. レセプト開示に係る委任状及び委任状に押印された印の印鑑登録証明書