

# 記入例

(様式9)

提出日を記入

(表面)

## 診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

依頼者の内容を記入  
また、※を確認

令和 年 月 日 提出

小松製作所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) コマツ ハナコ 小松 花子 印	男 女	1 昭和. 2 平成 45年 10月 1日 生
	住所	〒107-8414 東京 (都)道府県 港 郡市区 赤坂2丁目3番6号 (電話) 03-5561-4341		町村
	受診者との関係	1. 遺族 2. (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. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付を希望		窓口交付による開示実施希望日 令和 2年 10月 10日
	*遺族の氏名 (フリガナ) 及び生年月日	1 明治. 2 大正. 3 昭和. 4 平成. 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等の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか	はい・いいえ			
(開示を求める特別な理由があれば記載してください。)				

※「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。

※ \*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下さい。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

受診者の内容を記入  
また、※を確認

受診者欄	氏名	(フリガナ) コマツ タロウ 小松 太郎	男 女	1 大正. 2 昭和. 3 平成 40年 1月 1日 生
	住所	〒107-8414 東京 (都)道府県 港 郡市区 赤坂2丁目3番6号 (電話) 03-5561-4341		町村
	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	*	
	1   2   3   -   4   5   6   7   8   9   0	1. 被保険者 2. 被扶養者	氏名:	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	事業所名:	所在地:		

※受診当時の氏名を記入してください。

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

開示請求先  
の内容を記入

診療年月	診療報酬明細書等区分				
令和 2年 6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	小松健保医院 (所在地) 東京都港区赤坂2-3-6				
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)				

受付日印

受領者(依頼者)署名

※受領の際にご記入下さい。