診療報酬明細書等開示請求書(本人用)

群馬県市町村職員共済組合理事長	様
#	小玩

令和	年	月	日提出
受付整	理番号	-	

	氏名	<u>(</u> フリカ゛ナ)					印	男 女		年		月	日	生	
請求者欄	住所	〒 -		į	都道	府県		(電話)	郡市区		-		町	村	
檷	受彰	多者 との関	係	1. 本 人	2.	(未成年者・	成年被後見人)(の法定代理人	3. 任意代理人			口交付(示実施者			
	開示	(交付) の方	法	1. 窓口	2交付	†を希≦	望 2. 垂	移送によ	る交付を希	望	 11 3	小	月	1	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。

	氏名	<u>(フリガナ)</u>					男 女		年	月		日	生
受	住	₹	-		都道府県	Ĺ		郡市区			町村	•	
診	所						(1	電話)					
者欄	診療時	こおける組合	員等の記号	・番号	組合員・被抗	夫養者の別	*被扶養	者である場合については、	組合員の氏名及び生命	押日			
惻					1. 組合員 2.	. 被扶養者	氏名:			年	月	Ħ	生
	*組合員等の記号・番 発行機関名: 号が不明の場合のみ 記入してください						所在地:						

※受診当時の氏名を記入してください。

※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。

※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 紐	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)		

受付日付印	<i>□ 6</i> + +	(請求者)	- H
은(T H (TH)			<u> </u>
X 1.1 M 1.1 H1	조 11현 4년	(1111/11/11/11/11/11/11/11/11/11/11/11/1	<i>-1</i> □1

※受領の際にご記入ください。

※以下の各欄は記入する必要がありません。

B 法定代理人の	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 住民票 3. 登記事	頁証明書
確認書類	4. 家庭裁判所の証明書 5. その他()

任意代理人の 確認書類

- 1. 組合員又は被扶養者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求にかかる「委任状」
- 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書

*Cの書類は、2点とも必要。

	診	療	報	酬	明	細	書	等	摘	要	欄		
** 中 日				_			_			_		_	
整理番号	_			_			_			総枚	数		枚