様式第９号

（表面）

診療報酬明細書等開示依頼書（遺族用）

令和△△年１１月１０日提出

群馬県市町村職員共済組合理事長　様　　受付整理番号＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼者欄	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) キョウサイ　ハナコ 共　済　花　子　㊞	男 (女)	昭和 ４２ 年 ９ 月 ２ 日 生
	住所	〒371-8505　群馬　都道府(県)　前橋市　郡(市)区　元総社　(町)村　３３５－８ （電話）027 － 290 － 1357		
	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		窓口交付による 開示実施希望日 年　月　日
	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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　1明治.　2大正.　3昭和.　4平成.　5令和. 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
	開示することは組合員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を記載してください。）			

※「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。

※ ＊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。

次のとおり診療報酬明細書等の開示（交付）を依頼します。

受診者欄	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　キョウサイ　タロウ 共　済　太　郎	(男) 女	昭和４１　年　９　月　１　日　生
	住所	〒371-8505　群馬　都道府(県)　前橋市　郡(市)区　元総社　(町)村　３３５－８ (電話)027 － 290 － 1357　-		
	診療時における組合員等の記号・番号	組合員・被扶養者の別	＊被扶養者である場合については、組合員の氏名及び生年月日	
	５０３　１２３４５	(1). 組合員　2. 被扶養者	氏名：　年　月　日 生	
	＊組合員等の記号・番号が不明の場合のみ記入してください	発行機関名：＿＿＿＿＿＿	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。

診療年月	診療報酬明細書等区分
５年　５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	共済医院　(所在地) 前橋市元総社町９９９９９９
５年　５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	共済薬局　(所在地) 前橋市元総社町９９９９９９－１
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　　受領者（依頼者）署名

＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。

A 依頼者の本人 確認書類	１．運転免許証　２．資格確認書　３．特別永住者証明書 ４．個人番号カード　５．住民基本台帳カード　６．旅券（パスポート） ７．共済年金証書　８．年金手帳（年金証書）　９．恩給証書 10．その他（　　）

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

C 任意代理人の 確認書類	１．遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼に係る「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。

D 本人（受診者） 死亡・遺族特定 の確認書類	１．戸籍謄本（抄本）　２．住民票（除票）　３．死亡診断書

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