

診療報酬明細書等開示依頼書

年 月 日提出

福島県後期高齢者医療広域連合長

受付整理番号 _____

依頼者欄	氏名	_____ (フリガナ)		男 女	年 月 日生
	住所	〒 _____	都道府県	郡市区 (電話)	町村 _____
	受診者との関係	1.遺族 2.(未成年・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 3.閲覧を希望		窓口による開示実施希望日	
	*遺族の氏名 及び生年月日	_____ (フリガナ)		1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日
	被保険者本人の生前の意思、 名誉を傷つける恐れ等について、 保険医療機関等に意見を照会すること について同意されますか				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下さい。
(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下さい。
- ※*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
- ※保険医療機関等への意見照会について同意されない場合は、依頼者を特定しないかたちで照会
いたします。

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	_____ (フリガナ)		男 女	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日生
	住所	〒 _____	都道府県	郡市区 (電話)	町村 _____
	診療時における被保険番号 				

- ※ 受診当時の氏名を記入してください。
- ※ 所在地は、市区町村まで記入してください。

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)

【受領者確認欄】 年 月 日

- 1 窓口交付を受けました
- 2 閲覧しました

受領者(依頼者)署名

※受領の際にご記入ください。

(裏面)

依頼者の本人 確認書類	1.運転免許証 2.後期高齢者医療被保険者証 3.その他の健康保険被保険者証 4.外国人登録証明書 5.住民基本台帳カード(要住所記載) 6.旅券(パスポート) 7.年金手帳(年金証書) 8.共済年金証書 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
---------------------	--

※ B及びCの書類は、いずれも開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る。

※ 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 4.その他()
----------------------------------	--

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

福島県後期高齢者医療診療報酬明細書等の開示を依頼される方へ（お知らせ）

広域連合では、県民等へのサービスの充実を図る観点から、遺族等から後期高齢者医療診療報酬明細書等の開示の依頼があった場合、被保険者等の生前の意思や名誉との関係で問題が生じるおそれがないか等を確認したうえで開示しているところであります。

「診療報酬明細書等開示依頼書」を提出される方は、あらかじめ、この「お知らせ」をご覧ください、必要書類等をご持参のうえ、手続されるようお願いいたします。

1 開示の依頼ができる方

開示の依頼ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

- (1) 死亡した被保険者の父母、配偶者若しくは子又はこれらに準ずる方
- (2) (1)の方から開示依頼に関する委任を受けた代理人
- (3) (1)の方が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人

2 開示の依頼に当たって必要な書類等

広域連合事務局又は各市町村後期高齢者医療担当課へ、開示の依頼ができる方本人が直接、次の書類等をご持参のうえ手続をしてください。

- (1) 診療報酬明細書等開示依頼書（診療年月及び保健医療機関毎の指定が必要です）
- (2) 開示を依頼する方の本人確認ができる書類（詳細は裏面）

※ 窓口における開示依頼の手続きが困難な場合については、郵送等による手続きも可能です。

3 開示の依頼をされる方の本人確認

開示の依頼ができるのは上記1の該当者本人に限っており、また、手続き等に当たって、開示を依頼される方本人であることを確認するため必要書類の提示を求めています。これは、あくまでも個人のプライバシーを保護する観点から欠かせないことであり、ご理解をお願いします。

4 保険医療機関等に対する事前照会及び連絡

診療報酬明細書等の開示に当たっては、保険医療機関等に被保険者本人の生前の意思、名誉を傷つけるおそれがないことを事前に照会する必要がありますので同意願います。（同意されない場合には、遺族が特定されないかたちで照会いたします。）

従って、被保険者本人の生前の意思、名誉を傷つけるおそれがある場合には、開示できませんのでご理解をお願いします

なお、調剤報酬明細書を開示する場合には、事後に当該調剤報酬明細書を発行した保険薬局に対し、開示した旨を連絡することとなりますので、ご了承願います。

5 診療内容に係る照会

広域連合では、診療内容についての照会に対してはお答えできませんのでご了承ください。

6 開示（交付）の事務処理

- (1) 開示依頼書を受理した日から開示（交付）までの所要日数は、市町村からの送付、当該診療報酬明細書等の抽出作業、保険医療機関等への事前確認のため1ヵ月程度日数を要します。
- (2) 開示（交付）方法については、「診療報酬明細書等開示依頼書」で指定された方法により交付します。
なお、郵送による交付を希望された場合には、通常郵便で「親展」扱いによる送付となります。

7 その他

- (1) 診療報酬明細書等は、保険医療機関等が保険診療に要した費用を保険請求するため、一定の基準に従って記載されるものであり、保険診療外のものなど必ずしも診療内容のすべてが記載されているものではないことをご理解願います。
- (2) 開示の依頼があった診療報酬明細書等について、何らかの事情によりその存在が確認できない場合には、開示できないことをご了承願います。
- (3) 診療報酬明細書等の写しの交付を受ける場合は、コピー代等の実費が必要となります。

「診療報酬明細書等の開示依頼書」の提出の際
開示を依頼される方の本人確認に必要な書類

開示に必要な身分を証明するもの

後期高齢者医療被保険者証、運転免許証、国民健康保険被保険者証、共済組合員証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード（顔写真が貼付されているものに限る。）、旅券（パスポート）、年金手帳（基礎年金番号通知書）、年金証書、共済年金証書、恩給証書、健康保険組合等が発行している健康保険被保険者証（遠隔地被保険者証を含む。）等

【上記以外に必要な書類】

開示を依頼される方が遺族本人の場合

上記「開示に必要な身分を証明するもの」のほか、当該被保険者の死亡の事実及びその遺族であることが確認できる次の書類

- (1) 戸籍謄本（抄本） (2) 住民票（除票） (3) 死亡診断書

開示を依頼される方が、遺族でかつ未成年者又は成年被後見人である場合における法定代理人の場合

上記「開示に必要な身分を証明するもの」のほか、遺族が未成年者又は成年被後見人であること及び開示を依頼される方が親権者若しくは未成年後見人又は成年後見人であることを確認できる次のいずれかの書類

- (1) 戸籍謄本（抄本） (2) 住民票 (3) 後見開始審判書 (4) 家庭裁判所の証明書
(5) その他の法定代理人関係を確認できる書類

当該被保険者の死亡の事実及び当該未成年者又は成年被後見人がその遺族であることが確認できる次の書類

- (1) 戸籍謄本（抄本） (2) 住民票（除票） (3) 死亡診断書

開示を依頼される方が、遺族から委任を受けた代理人（任意代理人）の場合

上記「開示に必要な身分を証明するもの」のほか、遺族から開示依頼の委任を受けたことが確認できる次のいずれかの書類

- (1) 遺族の署名・押印のある診療報酬明細書開示依頼にかかる「委任状」
(2) 委任状に押印された印の印鑑登録証明書

当該被保険者の死亡の事実及び開示に係る委任者がその遺族であることが確認できる次の書類

- (1) 戸籍謄本（抄本） (2) 住民票（除票） (3) 死亡診断書