

## 診療報酬明細書等開示依頼書（遺族用）

年 月 日提出

アルバック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) _____ 印		男女	年 月 日生	
	住所	〒 _____ (電話)				
	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		窓口交付による開示実施希望日 年 月 日		
	*遺族の氏名 (フリガナ) _____ 及び生年月日		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 (開示を求める特別な理由があれば記載してください。)				はい・いいえ	

※「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。

受診者欄	氏名	(フリガナ) _____		男女	年 月 日生
	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		1.被保険者 2.被扶養者	氏名: _____ 年 月 日生	
		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。

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)				

受付日付印

受領者(依頼者)署名

※受領の際にご記入下さい。

※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. 健康保険被保険者証 3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証 5. 共済組合員証 6. 外国人登録証明書 7. 住民基本台帳カード 8. 旅券（パスポート） 9. 年金手帳（年金証書） 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. 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
---------------------	--

\*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

（保険医療機関等）

年 月 日

受付整理番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 殿

アルバック健康保険組合理事長 印

## 診療報酬明細書等の遺族への開示について（照会）

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、開示することについて問題がないか主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について（回答）」により \_\_\_\_\_ 年 月 日までにご回答くださいますようお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することに問題がない場合については「開示」、問題がある部分を伏して開示する場合については「部分開示」、問題がある場合については「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。被保険者等の生前の意思や名誉との関係から問題がある場合については、その旨確認できる書類を添付して下さい。

なお、最終的な開示／部分開示／不開示の決定は、当健康保険組合理事長が行うこととなることをご了承下さい。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までにご回答（ご連絡）がない場合については、開示しても差し支えないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

### 記

受付日	依頼者等	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		フリカ`ナ: 氏 名: 生年月日: _____ 年 月 日

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
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
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
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

年 月 日

アルバック健康保険組合 御中

保険医療機関等名 \_\_\_\_\_ 印

主治医名 \_\_\_\_\_ 印

## 診療報酬明細書等の遺族への開示について（回答）

（受診者）

年 月 日付受付番号 \_\_\_\_\_ で照会のありました \_\_\_\_\_ 殿に係る  
標記の件について、下記のとおり回答します。

### 記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付  
しております。

（ 年 月診療分）

（部分開示・不開示の理由）※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入下さい。

（

（記入例）

患者が生前診療を受けていた事実を家族に知られたくないと申し出ていたため

年 月 日

受付整理番号 \_\_\_\_\_

様

アルバック健康保険組合理事長 印

## 診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示することとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせいたします。

記

1. 交付日時： 年 月 日 午前：午後 時
2. 交付場所：アルバック健康保険組合  
(住所：神奈川県茅ヶ崎市萩園2500)
3. 交付対象診療報酬明細書等

受診者名： \_\_\_\_\_ 様

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

( 年 月診療分)

部分開示の理由

( )

(注1) 来所の際には、依頼者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ」を提示してください。

(注2) このお知らせを発送した日から1カ月経過しても、来所（連絡）がない場合は、当該診療報酬明細書等の写しは破棄しますのでご了承ください。

(注3) 診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。

年 月 日

受付整理番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

アルバック健康保険組合理事長 

## 診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、  
下記により開示することとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」  
に基づきお知らせします。

記

交付対象診療報酬明細書等

受診者名： \_\_\_\_\_ 様

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

( 年 月診療分)

部分開示の理由

( )

(注) この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合までお問い合わせください。

(住所：神奈川県茅ヶ崎市萩園2500 電話：0467-89-2228)

なお、診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。

年 月 日

受付整理番号\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_様

アルバック健康保険組合理事長 印

## 診療報酬明細書等の不開示について

年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については不開示とすることとしたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。  
なお、その理由については下記の通りです。

記

受診者名：\_\_\_\_\_様

診療年月	保険医療機関等名	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
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
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
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

( 年 月診療分)

不開示の理由

( )

(注) この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合までお問い合わせください。

(住所：神奈川県茅ヶ崎市萩園2500 電話：0467-89-2228)

なお、診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。

年 月 日

（保険医療機関等）

受付整理番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 殿

アルバック健康保険組合理事長 印

## 診療報酬明細書等の開示について（お知らせ）

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

下記のとおり、被保険者等のご遺族から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日付で依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	開示内容
_____ 年 _____ 月診療分	1. 開示      2. 部分開示
_____ 年 _____ 月診療分	1. 開示      2. 部分開示
_____ 年 _____ 月診療分	1. 開示      2. 部分開示
_____ 年 _____ 月診療分	1. 開示      2. 部分開示

担当： \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

年 月 日

受付整理番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

アルバック健康保険組合理事長 印

## 診療報酬明細書等の開示について（遅延のお知らせ）

年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については、現在、調査中ですので、もうしばらくお待ちください。

記

受診者名： \_\_\_\_\_ 様

診療年月	保険医療機関等名	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
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
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
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

(遅延の期間) 年 月 日まで遅延する。

(遅延の理由)

( )