

様式第1号（第4条関係）

診療報酬明細書等の開示請求書

年 月 日提出

三重県後期高齢者医療広域連合長 あて

受付整理番号

請求者欄	氏名	(フリガナ)	男 女	年 月 日 生
	住所	〒 —	都道府県	郡市区 町村 (電話) — —
	受診者との関係	1 本人 2 遺族 3 法定代理人 4 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		
	*遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	年 月 日生	

※ 「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。

※ *印欄は、請求者が遺族の法定代理人又は遺族から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）を請求します。

本人（受診者）欄	氏名	(フリガナ)	男 印 女	年 月 日生
	住所	〒 —	都道府県	郡市区 町村 (電話) — —

※ 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、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月診療分	1	2	3	4	5
年 月診療分	1	2	3	4	5
年 月診療分	1	2	3	4	5
保険医療機関等名	所在地				

受領者（請求者）署名
※受領の際にご記入下さい。

