

(様式 9)

(表面)

診療報酬明細書等開示依頼書（遺族用）

令和 年 月 日 提出

パルグループ 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	〒 - 都道府県		市区町村		(電話) - -	
	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					
	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	
	* 遺族の氏名 (フリガナ) _____ 1大正. 2昭和. 3平成. 4令和 及び生年月日 _____ 年 月 日 生						
	保険医療機関等の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				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	1 昭和. 2 平成. 3 令和 年 月 日 生		
	住所	〒 - 都道府県		市区町村		(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		*			
		1.被保険者 2.被扶養者		氏名: _____ 年 月 日 生			
	*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		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)

受付日印

受領者（依頼者）署名

※受領の際にご記入下さい。

(裏面)

※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