

診療報酬明細書等開示請求書(本人用)

年 月 日提出

静岡県市町村職員共済組合理事長 様

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. (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			

※「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。

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

受診者欄	氏名	(フリガナ) _____	男女	_____	1. 大正 2. 昭和 3. 平成 年 月 日 生
	住所	〒 _____	都道府県	_____	郡市区 _____ 町村 _____ (電話) _____
	診療時における組合員証の記号番号	_____	組合員・被扶養者の別	1. 組合員 2. 被扶養者	*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 氏名： _____ 年 月 日 生
	*組合員証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。

※請求者が本人の場合は、「氏名、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

※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 保険医療機関等名	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他 (所在地)
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他 (所在地)
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他 (所在地)
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他 (所在地)

受付日付印



受領者(請求者)署名

※受領の際にご記入ください。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 請求者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 共済組合員証 3. 健康保険被保険者証 4. 船員保険被保険者証 5. 国民健康保険被保険者証 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. 共済年金証書 10. 年金手帳(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. 組合員又は被扶養者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求にかか 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。

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚

(別記様式2)

年 月 日
受付整理番号 _____

(保険医療機関等)
_____様

静岡県市町村職員共済組合理事長

診療報酬明細書等の開示について(照会)

平素より、共済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。

個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定により、診療報酬明細書等の開示請求がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、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より本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生ずる場合については「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。
また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入して頂きますようお願いいたします。

なお、最終的な開示/部分開示/不開示の決定は、当共済組合理事長が行うこととなることをご了承ください。

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)がない場合及びご記入頂いた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、請求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。

※ 開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかに連絡を頂きますようお願いいたします。

記

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

診療年月	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

お問合わせ先

担 当 : _____ TEL _____

(別記様式3)

年 月 日

静岡県市町村職員共済組合 御中

保険医療機関等名 _____
(主治医名 _____)

診療報酬明細書等の開示について(回答)

(受診者)

年 月 日付受付番号 _____ で照会のありました _____ 様に係
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ください。

[_____]

(記入例)

患者に対し、ガンの告知をまだ行っていないため。

(開示が可能となる時期)

年 月 日

(注) 部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影
響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼすおそれがある場合に限定されます。

(別記様式4)

年 月 日
受付整理番号 _____

(保険薬局)

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

調剤報酬明細書の開示について(お知らせ)

平素より、共済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。

個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定により、調剤報酬明細書の開示請求があり、別添の調剤報酬明細書の写しを 年 月 日付で請求者あて開示(部分開示)決定しましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので、念のため申し添えます。

記

受付日	請求者	請求者名	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

お問い合わせ先

担当: _____ TEL _____

(別記様式5)

文書番号 _____

年 月 日

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

診療報酬明細書等開示決定通知書

年 月 日付で開示請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり開示することと決定しましたので、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第32条第1項の規定に基づき通知します。

記

1. 開示の実施方法 ア. 窓口交付 イ. 郵送
2. 窓口交付を実施することができる日時・場所
(窓口交付を希望される場合は以下の日時のうちから選択していただくこととなります。)
3. 写しの送付を希望される場合の準備日数、送付に要する費用
4. 交付対象診療報酬明細書等

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

- (注1) この通知があった日から30日以内に、同封の「開示の実施方法等申出書」に必要事項を記入のうえ、返送してください。
- (注2) 来所の際には、請求者本人であることが証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等開示決定通知書」を提示してください。
- (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。
- (注4) 診療報酬明細書等に係る個人情報は、保険者として療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うために利用しています。

(年 月診療分) 部分開示の理由

[]

(開示が可能となる時期)

年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

お問い合わせ先

担当: _____ TEL _____

(別記様式6)

開示の実施方法等申出書

年 月 日

静岡県市町村職員共済組合 御中

(ふりがな)

氏 名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL () _____

個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第32条第1項の規定に基づき、下記のとおり申し出をします。

記

1 開示決定通知書の番号等

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

診 療 年 月	保険医療機関等名	実 施 の 方 法	
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付

3 窓口交付を希望される場合の交付日時・場所

日時： 年 月 日 午前・午後 時

場所：

(別記様式7)

文書番号 _____

年 月 日

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

診療報酬明細書等不開示決定通知書

年 月 日付で開示請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり不開示と決定しましたので、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第2項の規定に基づき通知します。

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

[]

(開示が可能となる時期)

年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

お問い合わせ先

担当 : _____ TEL _____

(別記様式8)

文書番号 _____

年 月 日

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

診療報酬明細書等の開示決定等の期限の延長について

年 月 日付で診療報酬明細書等で開示請求については、下記のとおり、開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

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

受診者名 : _____ 様

(延長後の期間) 年 月 日まで延長する。

(延長の理由)

[]

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

年 月 日提出

静岡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	(フリガナ) _____ 印	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. 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	(フリガナ) _____	1明治 2大正 3昭和 4平成 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 (開示を求める特別な理由を記載してください。)				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。

※*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	(フリガナ) _____	男女	1. 大正 2. 昭和 3. 平成 年 月 日 生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____ (電話) _____		
	診療時における組合員証の記号番号	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	
		1. 組合員 2. 被扶養者	氏名： _____ 年 月 日 生	
*組合員証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				
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

※受領の際にご記入ください。

(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. 共済組合員証 3. 健康保険被保険者証 4. 船員保険被保険者証 5. 国民健康保険被保険者証 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. 共済年金証書 10. 年金手帳(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

(別記様式10)

年 月 日
受付整理番号 _____

(保険医療機関等)

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

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、共済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。

このたび、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「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。

組合員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の写しを添付してください。

なお、最終的な開示／部分開示／不開示の決定は、当共済組合理事長が行うこととなることをご了承ください。

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、診療上問題がないものと判断し、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	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	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

(別記様式11)

年 月 日

静岡県市町村職員共済組合 御中

保険医療機関等名 _____

(主治医名 _____)

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 _____ 様に係
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ください。

[]

(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

(別記様式12)
「窓口交付用」

年 月 日
受付整理番号_____

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

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

1. 交付日時： 年 月 日 午前：午後 時
2. 交付場所： 共済組合 階 課 (住所)
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ヵ月経過しても、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。

お問い合わせ

担当：_____ TEL _____

(別記様式13)
「郵送交付用」

年 月 日
受付整理番号_____

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

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)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。

お問い合わせ

担当：_____ TEL _____

(別記様式14)

年 月 日
受付整理番号 _____

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

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とおりです。

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)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。

お問い合わせ

担当 : _____ TEL _____

(別記様式15)

年 月 日
受付整理番号 _____

(保険医療機関等・保険薬局)
様

静岡県市町村職員共済組合理事長

診療報酬明細書等の開示について(お知らせ)

平素より、共済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。

このたび、下記のとおり、組合員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 _____

(別記様式16)

年 月 日
受付整理番号 _____

様

静岡県市町村職員共済組合理事長

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)

[]

レセプト開示受付・処理経過簿(本人用)

整理番号	受付日	請求者名	請求枚数(※1)					開示方法	保険医療機関等照会			開示等決定日(通知書送付日)	決定の内容(開示枚数)					手数料徴収の有無	実施方法等申出書	開示実施日(※2)	備考(※3)	
									照会日	再照会日	回答日		入院	外来	歯科	調剤	その他					
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他				
									郵送					開示								
															部分開示							
															不開示							
														不存在								
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他				
									郵送					開示								
															部分開示							
															不開示							
														不存在								
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他				
									郵送					開示								
															部分開示							
															不開示							
														不存在								

※1:レセプトの枚数には続紙は含まない。

また、診療を受けたかどうか不明なので数ヶ月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合はその合計枚数を記載すること。

※2:郵送により開示を実施した場合は郵送日を記入すること。

※3:部分開示・不開示の場合はその理由を備考欄に記載すること。

レセプト開示受付・処理経過簿(遺族用)

整理番号	受付日	依頼者名	依頼枚数(※1)					開示方法	保険医療機関等照会			開示等決定日(お知らせ送付日)	決定の内容(開示枚数)					手数料徴収の有無	開示実施日(※2)	備考(※3)			
									照会日	再照会日	回答日		入院	外来	歯科	調剤	その他						
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他					
									郵送														
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口							入院	外来	歯科	調剤	その他				
									郵送														
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口							入院	外来	歯科	調剤	その他				
									郵送														
			入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口							入院	外来	歯科	調剤	その他				
									郵送														

※1:レセプトの枚数には続紙は含まない。

また、診療を受けたかどうか不明なので数ヶ月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合はその合計枚数を記載すること。

※2:郵送により開示を実施した場合は郵送日を記入すること。

※3:部分開示・不開示の場合はその理由を備考欄に記載すること。

診療報酬明細書等の開示請求をされる方へのお知らせ (本人用)

共済組合においては、診療報酬明細書等の開示請求があった場合、診療上の支障が生じないこと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請求書」を提出される方は、あらかじめ、この「お知らせ」をご覧いただき、必要書類等をご持参のうえ、手続きされるようお願いいたします。

1. 開示請求ができる方

開示請求ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

- (1) 開示請求を行う診療報酬明細書等に記載されている組合員及び被扶養者本人（であった方を含む。）
- (2) (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
- (3) (1)の方が開示請求をすることにつき委任をした代理人（任意代理人）

2. 開示請求に当たって必要な書類等

共済組合へ、開示請求ができる方本人が直接、次の書類等をご持参のうえ手続きしてください。

- (1) 診療報酬明細書等開示請求書（本人用）
- (2) 開示請求を行う方の本人確認ができる書類（詳細は裏面のとおりに）
※ 窓口における開示請求の手続きが困難な場合については、郵送による手続きも可能です。（この場合、開示にかかる文書の送料が必要となります。）

3. 開示請求を行う方の本人確認

開示請求ができるのは上記1の該当者本人に限っており、また、手続き等に当たって、開示請求を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. 開示請求を行う場合の手数料について

郵送の場合、郵送にかかる実費額を負担願います。

5. 保険医療機関等に対する事前確認

診療報酬明細書等の開示に当たっては、本人の診療上支障が生じないことを、当該保険医療機関等に事前に確認する必要があります。

したがって、開示することについて支障があると判断された診療報酬明細書等は、開示できませんのでご理解をお願いします。

6. 診療内容に係わる照会

共済組合では、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。

7. 開示決定等の事務処理

- (1) 診療報酬明細書等開示請求書を受理した日から開示決定までの所要日数は、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等のため1ヵ月程度要します。
- (2) 開示（交付）方法については、「開示の実施方法等申出書」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。

8. 部分開示・不開示決定に関する照会について

部分開示・不開示に関する照会について、保険課において受け付けております。

9. 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に、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全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) 開示請求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理解願います。
- (3) 調剤報酬明細書を開示する場合においては、保険薬局へ事後的にお知らせすることについてご了承ください。

**「診療報酬明細書等の開示請求書（本人用）」を提出の際
開示請求をされる方の本人確認に必要な書類**

共済組合員証（遠隔地被扶養者証、船員組合員証、船員被扶養者証、任意継続組合員証を含む。）健康保険被保険者証（遠隔地被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証を含む。）、年金手帳（基礎年金番号通知書）、年金証書、運転免許証、国民健康保険被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード（住所が記載されているものに限る。）、共済年金証書、恩給証書、旅券（パスポート）等、請求書に記載された氏名、住所（居所）が同一であることを確認できるもの

【上記以外に必要な書類】

開示請求をされる方が、組合員又は被扶養者本人の場合（であった方を含む。）

※ 婚姻等のため、開示請求書の提出時に氏名と開示請求をする診療報酬明細書等の診療時の氏名が異なる場合は、旧姓等の確認できる書類を添付してください。

開示請求をされる方が、組合員又は被扶養者本人が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

※ 組合員又は被扶養者が、未成年者又は成年被後見人であること及び開示請求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（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

- (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)その他法定代理人関係を確認し得る書類

開示請求をされる方が、組合員又は被扶養者本人が開示請求をするにつき委任をした代理人（任意代理人）の場合

※ 組合員又は被扶養者本人からレセプトの開示請求に関する委任があることを確認できる次に掲げるいずれの書類（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

- ア. 組合員又は被扶養者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求に係る「委任状」
イ. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書

- 郵送により開示請求を行う場合については、上記書類の写しに加え、住民票の写し又は外国人登録原票の写し（開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。）を提出していただくことにより確認することとなります。

診療報酬明細書等の開示依頼をされる方へのお知らせ (遺族用)

共済組合においては、遺族からの診療報酬明細書等の開示依頼があった場合、組合員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もあります。

「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」をご覧いただき、必要書類等をご持参のうえ、手続きされるようお願いいたします。

1. 開示依頼ができる方

開示依頼ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

- (1) 組合員又は被扶養者が死亡している場合は、当該組合員、被扶養者の父母、配偶者若しくは子又はこれらに準ずる者（祖父母、孫）
- (2) (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
- (3) (1)の方からレセプトの開示依頼に関する委任を受けた代理人（任意代理人）

2. 開示依頼に当たって必要な書類等

共済組合へ、必ず、開示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きして下さい。

- (1) 診療報酬明細書等の開示依頼書（遺族用）
- (2) 開示依頼を行う方の本人確認ができる書類（詳細は裏面のとおりに）
※ 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、郵送による手続きも可能です。（この場合、開示にかかる文書の送料が必要となります。）

3. 開示依頼を行う方の本人確認

開示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、開示の依頼を行う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. 開示依頼を行う場合の手数料について

郵送の場合、郵送にかかる実費額を負担願います。

5. 保険医療機関等への照会及び連絡

レセプトが医師の個人情報となる場合については、遺族の同意が得られていれば、開示についての意見を保険医療機関等に照会を行うこととしております。

また、レセプトが医師の個人情報とならない場合については、遺族の同意が得られていれば、開示した旨のお知らせを行うこととしております。

なお、同意が得られていない場合でレセプトが医師の個人情報となる時は、不開示決定されることとなります。

6. 診療内容に係わる照会

共済組合では、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。

7. 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、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等のため1ヵ月程度要します。
- (2) （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。

8. 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に、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全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) 開示することによって、組合員等の生前の意思や名誉との関係で問題があるおそれがあると判断された診療報酬明細書等は、開示できませんのでご理解をお願いします。
- (3) 開示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、ご依頼にお答えできないことをご了承願います。

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

共済組合員証（遠隔地被扶養者証、船員組合員証、船員被扶養者証、任意継続組合員証を含む。）健康保険被保険者証（遠隔地被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証を含む。）、年金手帳（基礎年金番号通知書）、年金証書、運転免許証、国民健康保険被保険者証、外国人登録証明書、住民基本台帳カード（住所が記載されているものに限る。）、共済年金証書、恩給証書、旅券（パスポート）等、請求書に記載された氏名、住所（居所）が同一であることを確認できるもの

【上記以外に必要な書類】

開示依頼をされる方が、遺族の場合（父母、配偶者、子、祖父母、孫）

※ 遺族の場合、上記のほか、当該組合員又は被扶養者の死亡の事実及びその遺族であることを確認できる次のいずれかの書類（開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

(1)戸籍謄本（抄本） (2)住民票（除票） (3)死亡診断書

開示依頼をされる方が、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

※ 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（開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る）

(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)その他法定代理人関係を確認し得る書類

※ 遺族の法定代理人の場合は、上記のほか、当該組合員又は被扶養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いずれかの書類（開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

(1)戸籍謄本（抄本） (2)住民票（除票） (3)死亡診断書

開示依頼をされる方が、遺族が開示依頼をするにつき委任をした代理人（任意代理人）の場合

※ 遺族からレセプトの開示依頼に関する委任があることを確認できる次に掲げるいずれの書類（開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る。）

- ア. 遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼に係る「委任状」
- イ. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書

○ 郵送により開示依頼を行う場合については、上記書類の写しに加え、住民票の写し又は外国人登録原票の写し（開示請求する日前30日以内に作成されたものに限る）を提出していただくことにより確認することとなります。