

(様式1)

(表面)

診療報酬明細書等開示請求書（本人用）

令和 年 月 日 提出

ロートグループ健康保険組合理事長 殿 受付整理番号

請求者欄	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 (電話)	町村 - -
	受診者との関係	1.本人 2.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	
	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		年 月 日

- 「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、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 (電話)	町村 - -
	診療時における記号・番号	被保険者・被扶養者の別	※氏名：	
	-	1.被保険者 2.被扶養者	年 月 日 生	
	*記号番号が不明な場合は診療期間中の被保険者のお勤め先をご記入ください。	事業所名： 所在地：		

- 受診当時の氏名を記入してください。
- 「※」欄は、受診者が被扶養者の場合、被保険者の氏名、生年月日を記入してください。
- 受診者が被保険者の場合は、性別、生年月日及び住所の欄の記入は必要ありません。
- 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	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)				
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)				

受付時印

受領者（請求者）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. 個人番号カード（マイナンバーカード） 2. 資格確認書 3. 運転免許証 4. 在留カード 5. 特別永住者証明書 6. 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. 被保険者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	