

秋田県後期高齢者医療広域連合告示第18号

秋田県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱の一部を改正する要綱を次のとおり定める。

令和4年11月7日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 穂 積 志

秋田県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱の一部を改正する要綱

秋田県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱（平成20年秋田県後期高齢者医療広域連合広域連合長決裁）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

(表面)

診療報酬明細書等開示請求書

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日提出
 受付整理番号： _____

請求者欄	氏名	(フリガナ) _____	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成
	住所	〒 _____ (電話) _____	年 月 日生
	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
	開示の(交付の)方法	1. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付希望	

※ 「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。
 なお、任意代理人が請求する場合は、印鑑登録されている印を押印してください。
 ※ 「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。

秋田県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年秋田県後期高齢者医療広域連合
 条例第24号）第13条の規定に基づき、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) _____	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成
	住所	〒 _____ (電話) _____	年 月 日生
	診療時における被保険者証番号	_____	
	*被保険者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、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	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)				



受領者（請求者）署名 _____

※受領の際にご記入ください。

(裏面) 省略

様式第9号を次のように改める。

様式第9号（第20条関係）

（表面）

診療報酬明細書等開示依頼書

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日提出
受付整理番号： _____

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____ 印	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生
	住所	〒 _____ (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
	開示の(交付の)方法	1. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付希望	
	*遺族の氏名 (フリガナ) _____		
	及び生年月日 _____		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、又は開示を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、任意代理人が請求する場合は、印鑑登録されている印を押印してください。
- ※「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) _____	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日生
	住所	〒 _____ (電話) _____	
	診療時における被保険者証番号	_____	
*被保険者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)				



受領者（依頼者）署名 _____

※受領の際にご記入ください。

（裏面） 省略

附 則

この規則は、令和5年1月1日から施行する。