

# 記載例

平成29年 8月29日

群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請日  
(発送日)

### 申請者本人の住所等を記入

広域太郎…被保険者  
赤城花子…被保険者の子。遺族で、  
記載例の申請者。  
榛名三郎…赤城花子の任意代理人

申請者 郵便番号 371-0854  
住所 前橋市大渡町一丁目10番地7  
氏名 赤城 花子 印  
電話番号 027-256-7171

群馬県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第12条の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

|                        |                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開示請求に係る個人情報<br>の件名又は内容 | 故 広域太郎の平成28年4月から5月のレセプト<br>開示請求する個人情報の具体的な内容を記入                                                   |
| 開示の方法                  | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 |

本人以外の方（代理人）が開示請求する場合には、次の欄にも記入してください。

|                    |                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個人情報の本人<br>の氏名及び住所 | 氏名 榛名 三郎<br>住所 高崎市〇〇町×丁目△番地<br>電話番号 □□-□□□-□□□□<br>申請者が被保険者と異なる場合に記入                                                                |
| 本人との関係             | <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人<br><input checked="" type="checkbox"/> その他（例：任意代理人（子）、遺族） |

※1 請求の際には、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、パスポート等）を提出又は提示してください。

2 代理人が請求する場合は、1の書類のほか、代理人であることを証明する書類を提出又は提示してください。

《職員記載欄》この欄には記入しないでください。

|        |                                                                                                                                  |      |  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 本人等の確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）<br><input type="checkbox"/> 代理人（ ） |      |  |
| 所管課    | 電話番号                                                                                                                             | 受付番号 |  |

開 示 請 求 に 係 る 個 人 情 報 の 内 容

|                            |          |                                  |        |           |
|----------------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>等<br>欄 | 保険者番号    | 3910                             | 被保険者番号 | 123456789 |
|                            | フリガナ     | コウイキ タロウ                         |        |           |
|                            | 受診時の氏名   | 広域 太郎                            |        |           |
|                            | 受診時の住所   | 前橋市本町〇丁目×番地                      |        |           |
| 申<br>請<br>者<br>欄           | 常時連絡先    | 電話 □□□ (△△△) ▽▽▽▽                |        |           |
|                            | 交付を希望の場合 | 1. 窓口による交付を希望      ②. 郵便による交付を希望 |        |           |

| 番号 | 診療年月                  | 診療報酬明細書等区分<br>(該当する番号に○をつけてください。)         | 保険医療機関名等                       |
|----|-----------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
|    |                       |                                           | 所在地 (市区町村名までご記入ください。)          |
| 1  | 平成<br>28年4月 診療分<br>～5 | ① 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | 広域総合病院<br>前橋市                  |
| 2  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 3  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 4  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 5  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 6  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 7  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 8  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 9  | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |
| 10 | 年 月 診療分               | 1 医科入院    2 医科外来<br>3 歯科    4 調剤    5 その他 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ |