

(診療報酬明細書等の場合に使用)

開 示 請 求 に 係 る 個 人 情 報 の 内 容

被 保 険 者 等 欄	保険者番号	3910	被保険者番号	
	フリガナ			
	受診時の氏名			
	受診時の住所			
申 請 者 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 (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	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
2	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 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 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 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 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 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 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 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 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 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ