

記載例

令和元年 5月8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 の件名又は内容	故 広域太郎の平成30年4月から5月のレセプト 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 の氏名及び住所	氏名 榛名 三郎 住所 高崎市〇〇町×丁目△番地 電話番号 □□-□□□-□□□□ 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 <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（ ） <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 保 険 者 等 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 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	平成 30年4月 診療分 ～5	① 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	広域総合病院 前橋市
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