

### 診療報酬明細書等開示請求書(本人用)

平成 年 月 日 提出

全国健康保険協会 支部長 殿

受付整理番号

請求者欄	氏名	(フリガナ)	男 女	年 月 日 生		
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村		(電話) ー ー		
	受診者との関係	1. 本人 2. (未成年者・成年被後見人)の代理人 3. 任意代理人				
	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				

- \*「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。
- \*「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。

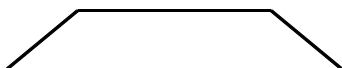
個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	男 女	1. 昭和	2. 平成	年 月 日 生
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村		(電話) ー ー		
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	※氏名:		年 月 日 生	
	*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください。	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、被保険者の氏名等を記入してください。
- \* 受診者が本人の場合は、「性別、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～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年月～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年月～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年月～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)

受付日印



受領者(請求者)署名

\* 受領の際にご記入ください。

\* 以下の各欄は記入する必要がありません。

A 本人確認 書類	1. 健康保険被保険者証 2. 船員保険被保険者証 3. 国民健康保険被保険者証 4. 共済組合員証 5. 後期高齢者医療被保険者証 6. 運転免許証 7. 外国人登録証明書 8. 住民基本台帳カード(住所が記載されているもの) 9. 国民年金・厚生年金保険年金証書 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. 旅券(パスポート) 13. その他( )
-----------------	--

B 法定代理 人の確認 書類	1. 戸籍謄本 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 (右記全て)	ア. 本人の署名・押印のある委任状 イ. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
-------------------------------	--

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号					
				総枚数	枚
受付協会支部名	支部			TEL	- -

(保険医療機関等)

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等の開示について(照会)

平素より協会管掌健康保険の事業運営にご理解、ご協力を賜りありがとうございます。  
「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」第25条第1項の規定により、診療報酬明細書等の開示請求がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、平成 年 月 日までにご回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否の区分欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「一部開示」、当該診療報酬明細書等を開示することにより診療上支障が生ずる場合については「不開示」と区分しております。

一部開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。  
また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入して頂きますようお願いいたします。

なお、最終的な開示／一部開示／不開示の決定は、協会支部長が行うこととなることをご了承下さい。

また、一部開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合、一部開示／不開示の理由の記入がない場合及びご記入頂いた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、請求者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

※ 開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかに連絡を頂きますようお願いいたします。

(受診者等の表示) (記号番号 )

受付日	請求者	請求者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

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
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
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
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

(様式3)

平成 年 月 日

全国健康保険協会 支部 御中

保険医療機関等名 \_\_\_\_\_  
(主治医名 \_\_\_\_\_ 印)

## 診療報酬明細書等の開示について(回答)

平成 年 月 日付受付整理番号 \_\_\_\_\_ (受診者)  
係る標記の件について、下記のとおり回答します。 \_\_\_\_\_ 様  
で照会のありました

### 記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、一部開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

<p>( 年 月診療分) (一部開示・不開示の理由)※一部開示・不開示の場合必ずご記入下さい。</p> <p>[ _____ ]</p> <p>(記入例) 患者に対し、がんの告知をまだ行っていないため。</p> <p>(開示が可能となる時期) 平成 年 月 日</p>
--

(注)一部開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす恐れがある場合に限定されます。

(保険薬局)

\_\_\_\_\_ 様

全国健康保険協会 支部長

### 調剤報酬明細書の開示について(お知らせ)

平素より、協会管掌健康保険の事業運営にご理解、ご協力を賜りありがとうございます。

「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」第25条第1項の規定により、調剤報酬明細書の開示請求があり、別添の調剤報酬明細書の写しを平成 年 月 日付で請求者あて開示(一部開示)決定しましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので、念のため申し添えます。

#### 記

受付日	請求者	請求者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	開示内容
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

TEL - -

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等開示決定通知書

平成 年 月 日付で開示請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり開示することを決定しましたので、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項の規定に基づき通知します。

#### 記

1. 開示の実施方法

- ＜記載例(本人の希望による開示の実施方法に合った実施方法にすること)＞
  - ・○月○日に窓口交付ができます(郵送による交付とすることも可能です)。
  - ・郵送による交付ができます(窓口交付とすることも可能です)。
  - ・窓口交付か郵送による交付をお選びいただけます。

2. 窓口交付を実施できる日・場所

(窓口交付を希望される場合は以下の日のうちから開示を実施する日を選択していただくこととなります。)

3. 写しの送付を希望される場合の準備日数、送付に要する費用  
準備日数○日 郵送料○○円(切手代)

4. 交付対象診療報酬明細書等

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示

(注1)この通知があった日から30日以内に、同封の「開示の実施方法等申出書」に必要事項を記入の上、返送してください。

(注2)来所の際には、請求者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等開示決定通知書」を提示してください。

(注3)郵送による交付を希望した場合、「開示の実施方法等申出書」の他に送付に要する費用について郵便切手を同封してください。

(注4)診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。

(注5)診療報酬明細書等に係る個人情報は、保険者として療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うため利用しています。

( 年 月診療分) 一部開示の理由

( )

(開示が可能となる時期) 平成 年 月 日

\* その後の事情により変更となる場合もあります。

## 開示の実施方法等申出書

平成 年 月 日

全国健康保険協会 支部 御中

(ふりがな)

氏 名

住所又は居所

〒

TEL

( )

個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条  
第1項の規定に基づき、下記のとおり申し出をします。

### 記

1 開示決定通知の番号等

文書番号:

日 付:

2 求める開示の実施方法

診療年月	保険医療機関等名	実施の方法	
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付

3 窓口交付を希望する場合の交付日時・場所

日時:平成 年 月 日 午前・午後

場所:全国健康保険協会( )支部

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等不開示決定通知書

平成 年 月 日付で開示請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり不開示と決定しましたので、個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第2項の規定に基づき通知します。

記

受診者氏名 : 様

診療年月	保険医療機関等名	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
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
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
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

( 年 月診療分)  
不開示の理由

(開示が可能となる時期)  
平成 年 月 日  
\* その後の事情により変更となる場合もあります。



### 診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

平成 年 月 日 提出

全国健康保険協会

支部長 殿

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日 生
	住所	〒 ー	都道府県	郡市区 町村
	(電話) ー ー			
	受診者との関係 1. 遺族 2. 遺族(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 3. 遺族の任意代理人			
	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			
	* 遺族の氏名	(フリガナ)	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	
	及び生年月日		年 月 日 生	
	保険医療機関に開示についての意見を照合し、又は開示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
	開示することは受診者の生前の意思や名誉との関係で問題がありませんか			はい・いいえ
	(開示を求める理由を記載してください。)			

\*「氏名」欄は、必ず依頼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。

\*「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。

\*「\*」印欄は、依頼者がご遺族の方以外の場合に記入してください。

\* 保険医療機関等への照会・連絡については、ご同意をいただけない場合には、開示依頼者が特定されない形で照会・連絡を行います。

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)	男女	1. 昭和 2. 平成
				年 月 日 生
	住所	〒 ー	都道府県	郡市区 町村
	(電話) ー ー			
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	※氏名: 年 月 日 生	
	1. 被保険者 2. 被扶養者			
* 被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください。		事業所名:	所在地:	

\*「※」欄は、受診者が被扶養者の場合、被保険者の氏名等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～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年月～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年月～年月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)

受付日印

受領者(依頼者)署名

\* 受領の際にご記入ください。

\* 以下の各欄は記入する必要がありません。

A 本人確認 書類	1. 健康保険被保険者証 2. 船員保険被保険者証 3. 国民健康保険被保険者証 4. 共済組合員証 5. 後期高齢者医療被保険者証 6. 運転免許証 7. 外国人登録証明書 8. 住民基本台帳カード(住所が記載されているもの) 9. 国民年金・厚生年金保険年金証書 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. 旅券(パスポート) 13. その他( )
-----------------	--

B 法定代理 人の確認 書類	1. 戸籍謄本 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 (右記全て)	ア. 遺族の署名・押印のある委任状 イ. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
-------------------------------	--

D 本人(受診 者)死亡・遺 族特定の確 認書類 (右記全て)	1. 戸籍謄本 2. 住民票(除票) 3. 死亡診断書 4. その他( )
--	--

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数 枚	
受付協会支部名	協会支部			TEL	— —

(保険医療機関等)

様

全国健康保険協会 支部長

診療報酬明細書等の遺族への開示について(照会)

平素より、協会管掌健康保険の事業運営にご理解、ご協力を賜りありがとうございます。
下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、開示することについて問題がないか主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の遺族への開示について(回答)」により、平成 年 月 日までにご回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否の区分欄については、当該診療報酬明細書等を開示することに問題がない場合については「開示」、問題がある部分を伏して開示する場合については「一部開示」、問題がある場合については「不開示」としてください。

一部開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。
受診者の生前の意思や名誉との関係から問題がある場合については、その旨確認できる書類の写しを添付してください。

なお、最終的な開示／一部開示／不開示の決定は、協会支部長が行うこととなることをご了承下さい。

また、一部開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合及び一部開示／不開示の理由の記入がない場合については、問題がないものと判断し、請求者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

(受診者等の表示)

(記号番号 )

Table with 4 columns: 受付日, 請求者, 請求者名, 受診者名. The 請求者 column contains a list: 1. 本人, 2. 法定代理人, 3. 任意代理人.

Table with 2 main columns: 診療年月, 診療報酬明細書等区分. The 診療年月 column has rows for 年 月 診療分. The 診療報酬明細書等区分 column has rows with categories: 1. 医科入院, 2. 医科入院外, 3. 歯科, 4. 調剤, 5. その他.

(様式10)

平成 年 月 日

全国健康保険協会 支部 御中

保険医療機関等名 \_\_\_\_\_

(主治医名 \_\_\_\_\_ 印)

## 診療報酬明細書等の遺族への開示について(回答)

(受診者)

平成 年 月 日付受付整理番号 \_\_\_\_\_ で照会がありました 様に  
係る標記の件について、下記のとおり回答します。

### 記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、一部開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

( 年 月診療分)

(一部開示・不開示の理由)※一部開示・不開示の場合必ずご記入下さい。

[ ]

(記入例)

患者が生前診療を受けていた事実を家族に知られたくないと申し出ていたため

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

平成 年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示することとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。

#### 記

1. 交付場所: 支部 階 窓口 番  
2. 交付対象診療報酬明細書等  
受診者氏名 : 様

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示

( 年 月診療分)  
一部開示の理由

(注1) 来所の際には、依頼者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ」を提示してください。

(注2) このお知らせを発送した日から1カ月経過しても、来所(連絡)がない場合は、当該診療報酬明細書等の写しは破棄しますのでご了承ください。

(注3) 診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。

(様式12)「郵送交付用」

平成 年 月 日

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

平成 年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示することとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。

記

交付対象診療報酬明細書等

受診者氏名 : 様

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分		1. 開示 2. 一部開示

( 年 月診療分)

一部開示の理由

[ ]

(注) 診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。

(様式13)

平成 年 月 日

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等の不開示について

平成 年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については、不開示とすることとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。  
なお、その理由については下記の通りです。

記

受診者氏名 : \_\_\_\_\_ 様

診療年月	保険医療機関等名	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
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
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
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

( 年 月診療分)  
不開示の理由

[ ]

(様式14)

平成 年 月 日

(保険医療機関等・保険薬局)

様

全国健康保険協会 支部長

### 診療報酬明細書等の開示について(お知らせ)

平素より、協会管掌健康保険の事業運営にご理解、ご協力を賜りありがとうございます。

下記のとおり、被保険者等のご遺族から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを平成 年 月 日付で依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

#### 記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	開示内容
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示
年 月診療分	1. 開示 2. 一部開示

担当者名

電話番号

TEL - -



(様式15)

レセプト開示受付・処理経過簿(本人用)

支部

項番				請求者名		開示方法	窓口 郵送	保険医療機関等 照会	照会日	決定の内容 (レセプト受付年度) (枚)	開示	部分開示	不開示	不存在	実施方法等申出日	備考 (※3)
受付日				再照会日	入院				外来							
受付支部				受診者名		手数料徴収の有無		開示等決定日 (通知書送付日)	今年度( 年度)					開示実施日 (※2)		
整理番号									前年度( 年度)							前年度-1( 年度)
請求方法	加入者等	法定代理人	任意代理人	請求枚数 (※1)	入院											
					外来											歯科

項番				請求者名		開示方法	窓口 郵送	保険医療機関等 照会	照会日	決定の内容 (レセプト受付年度) (枚)	開示	部分開示	不開示	不存在	実施方法等申出日	備考 (※3)
受付日				再照会日	入院				外来							
受付支部				受診者名		手数料徴収の有無		開示等決定日 (通知書送付日)	今年度( 年度)					開示実施日 (※2)		
整理番号									前年度( 年度)							前年度-1( 年度)
請求方法	加入者等	法定代理人	任意代理人	請求枚数 (※1)	入院											
					外来											歯科

※1:レセプトの枚数には続紙は含まない。

診療を受けたかどうか不明なため数ヶ月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合はその合計枚数を記載すること。

※2:郵送により開示を実施した場合は郵送日を記入すること。

※3:部分開示・不開示の場合はその理由と該当レセプトの受付年月を備考欄に記載すること。

レセプト開示受付・処理経過簿(遺族用)

項番				依頼者名			開示方法	窓口	保険医療機関等	照会日	決定の内容 (レセプト受付年度) (枚)	開示	部分開示	不開示	不存在	保険医療機関等 連絡日	備考 (※3)	
受付日				依頼者名			郵送	郵送	照会	照会日	入院							
										再照会日	外来							
										回答日	歯科							
											調剤							
受付支部				受診者名			手数料徴収の有無	/	照会	開示等決定日 (開示のお知らせ日)	今年度( 年度)					開示実施日 (※2)		
整理番号										前年度( 年度)								
										前年度-1( 年度)								
										前年度-2( 年度)								
										前年度-3( 年度)								
										前年度-4( 年度)								
										前年度-5( 年度)								
										前年度-6( 年度)								
										前年度-7( 年度)								
						前年度-8( 年度)												
						前年度-9( 年度)												
依頼方法	加入者 等	法定代 理人	任意代 理人	依頼枚数 (※1)	入院		手数料徴収の有無	/	照会									
					外来													
					歯科													
					調剤													
					その他													

項番				依頼者名			開示方法	窓口	保険医療機関等	照会日	決定の内容 (レセプト受付年度) (枚)	開示	部分開示	不開示	不存在	保険医療機関等 連絡日	備考 (※3)	
受付日				依頼者名			郵送	郵送	照会	照会日	入院							
										再照会日	外来							
										回答日	歯科							
											調剤							
受付支部				受診者名			手数料徴収の有無	/	照会	開示等決定日 (開示のお知らせ日)	今年度( 年度)					開示実施日 (※2)		
整理番号										前年度( 年度)								
										前年度-1( 年度)								
										前年度-2( 年度)								
										前年度-3( 年度)								
										前年度-4( 年度)								
										前年度-5( 年度)								
										前年度-6( 年度)								
										前年度-7( 年度)								
						前年度-8( 年度)												
						前年度-9( 年度)												
依頼方法	加入者 等	法定代 理人	任意代 理人	依頼枚数 (※1)	入院		手数料徴収の有無	/	照会									
					外来													
					歯科													
					調剤													
					その他													

※1:レセプトの枚数には続紙は含まない。  
 診療を受けたかどうか不明なため数ヶ月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合はその合計枚数を記載すること。

※2:郵送により開示を実施した場合は郵送日を記入すること。

※3:部分開示・不開示の場合はその理由と該当レセプトの受付年月を備考欄に記載すること。

(様式17)

### レセプト開示実施状況報告(本人用)

(平成 年 月末日現在) (支部)

	請求枚数 (※1)	開示決定の内容					開示実施枚数 (※3)	一部開示・不開示の理由
		開示	部分開示	不開示	不存在	保留中 (※2)		
請求者数 人	入院						0	(医科レセプト)
	外来						0	
	歯科						0	
	調剤						0	
	その他						0	
	合計	0	0	0	0	0	0	
協会受付年 度での各レセ プト枚数	今年度( 年度)						0	(歯科レセプト)
	前年度( 年度)						0	
	前年度-1( 年度)						0	
	前年度-2( 年度)						0	
	前年度-3( 年度)						0	
	前年度-4( 年度)						0	
	前年度-5( 年度)						0	
	前年度-6( 年度)						0	
	前年度-7( 年度)						0	
	前年度-8( 年度)						0	
	前年度-9( 年度)						0	
	合計	0	0	0	0	0	0	

※1:レセプトの枚数には続紙は含まない。

また、診療を受けたかどうか不明なので数ヶ月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合はその合計枚数を記載すること。

※2:保留中とは、報告日時点において開示等の実施がなされていないものをいう。

※3:開示・一部開示決定がされたもので既に開示の実施が行われたものをいう。

(様式18)

レセプト開示実施状況報告(遺族用)

(平成 年 月 日現在) (支部)

	依頼枚数 (※1)	開示決定の内容					合計	開示実施枚数 (※3)	一部開示・不開示の理由
		開示	部分開示	不開示	不存在	保留中 (※2)			
依頼者数 人	入院						0	(医科レセプト)	
	外来						0		
	歯科						0		
	調剤						0		
	その他						0		
	合計	0	0	0	0	0	0		0
協会受付年度 での各レセプト 枚数	今年度( 年度)						0	(歯科レセプト)	
	前年度( 年度)						0		
	前年度-1( 年度)						0		
	前年度-2( 年度)						0		
	前年度-3( 年度)						0		
	前年度-4( 年度)						0		
	前年度-5( 年度)						0		
	前年度-6( 年度)						0		
	前年度-7( 年度)						0		
	前年度-8( 年度)						0		
	前年度-9( 年度)						0		
	合計	0	0	0	0	0	0		0

※1:レセプトの枚数には続紙は含まない。

また、診療を受けたかどうか不明なので数ヶ月分をまとめて請求するような場合、1月分を1枚として記載すること。ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合はその合計枚数を記載すること。

※2:保留中とは、報告日時点で開示等の実施がなされていないものをいう。

※3:開示・一部開示決定がされたもので既に開示の実施が行われたものをいう。