

(様式1)

(表面)

診療報酬明細書等開示請求書 (本人用)

平成 20 年 4 月 1 日提出

日本航空健康保険組合理事長 殿

受付整理番号 _____

請求者欄	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保花子 (縦係)	男 女	S 40 年 10 月 1 日生
	住所	〒144-0043 東京都大田区羽田〇-〇-〇 (電話) 03-3456-7890		
	受診者との関係	1. 本人 2. 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(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。(その他の場合は、押印の必要はありません。)

※「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) ケンボ ハナコ 健保花子	男 女	S 40 年 10 月 1 日生
	住所	〒144-0043 東京都大田区羽田〇-〇-〇 (電話) 03-3456-7890		
	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	*	
	11-12345	1. 被保険者 2. 被扶養者	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。

※開示請求者が本人の場合は、「氏名、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				
20 年 1 月診療分 保険医療機関等名	1. 1. 科入院	2. 2. 科入院外	3. 3. 産科	4. 4. 調剤	5. 5. その他
	日航病院		(所在地) 東京都品川区東品川〇-〇		
20 年 2 月診療分 保険医療機関等名	1. 1. 科入院	2. 2. 科入院外	3. 3. 産科	4. 4. 調剤	5. 5. その他
	日航病院		(所在地) 東京都品川区東品川〇-〇		
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 1. 科入院	2. 2. 科入院外	3. 3. 産科	4. 4. 調剤	5. 5. その他
	(所在地)				
年 月診療分 保険医療機関等名	1. 1. 科入院	2. 2. 科入院外	3. 3. 産科	4. 4. 調剤	5. 5. その他
	(所在地)				

受付印

受領者(請求者)署名

※ 受領の際にご記入下さい。