

診療報酬明細書等の開示依頼書

平成 年 月 日提出

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

請求者（遺族） (フリガナ)
 氏 名 ⑩
 生年月日・性別 年 月 日生 男・女
 住 所
 連絡先

請求者（法定代理人）(フリガナ)
 氏 名 ⑩
 生年月日・性別 年 月 日生 男・女
 住 所
 連絡先

※法定代理人の区分 ・遺族（未成年者）の親権者
 ・遺族（成年被後見人）の後見人
 (フリガナ)

※ 遺族の 氏 名
 生年月日・性別 年 月 日生 男・女
 住 所

次のとおり診療報酬明細書等の開示を依頼します。

受診者 (フリガナ)
 氏 名
 生年月日・性別 年 月 日生 男・女
 住 所
 被保険者証（被保険者番号）
 保険医療機関等名
 保険医療機関等所在地

診療年月	診療報酬明細書等の区分
平成 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

受領署名欄