

診療報酬明細書等の開示依頼書

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 殿

20 年 月 日 提出

受付整理番号 _____

依頼者欄	氏名	(フリガナ) 印	男 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日生
	住所	〒 ー 都道府県 市区町村 (電話) ー ー		
	受診者との関係	1. 本人 2. 遺族 3. (未成年・禁治産者)の法定代理人 4. 弁護士		
	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		
	* 遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ) 印	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日生	

* 「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。(その他の場合は、押印の必要はありません。)
* 「住所」欄には、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。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

本人(受診者)欄	氏名	(フリガナ) 印	男 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日生
	住所	〒 ー 都道府県 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	* 被扶養者である場合については被保険者の氏名及び生年月日	
	ー	被保険者・被扶養者	氏名 年 月 日	
	* 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。
* 依頼者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

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
保険医療機関等名		所在地			

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

受領者(依頼者) 署名
