

長崎県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領の一部を改正する要領をここに告示する。

令和3年3月24日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 田上 富久



長崎県後期高齢者医療広域連合告示第7号

長崎県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領の一部を改正する要領

長崎県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領（平成30年長崎県後期高齢者医療広域連合告示第18号）の一部を次のように改正する。

様式第3号、様式第5号、様式第10号及び様式第13号を次のように改める。

診療報酬明細書等の開示請求に係る個人情報の内容

被保険者欄	氏名	(7桁)			生年月日	年	月	日	分
	住所	〒		都道府県	市区	町村			(電話) — —
	診療時における被保険者番号								

※受診当時の被保険者の氏名・住所を記入してください。

交付の方法	1. 窓口交付を希望	2. 郵送による交付を希望
-------	------------	---------------

※診療報酬明細書等の写しの交付を希望される場合において、交付方法を選択してください。
 ※郵送による交付を希望される場合には、住民票の写し（開示請求をする日前30日以内に交付されたものに限る）を提出していただく必要があります。

開示請求を行う診療報酬明細書等の詳細					
診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月 診療分	1. 内科入院	2. 内科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 内科入院	2. 内科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 内科入院	2. 内科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 内科入院	2. 内科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 内科入院	2. 内科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 内科入院	2. 内科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				

※保険医療機関所在地は、市区町村名まで記入してください。

※欄が不足する場合は、別紙に診療年月・保険医療機関等名を記入し、この様式に添付してください。

※区分欄を希望される場合は、真実もご記入ください。

【受領者（請求者）確認欄】

※ 閲覧又は窓口交付で受領の際にご記入ください。	
年 月 日	
1 閲覧しました	(署名)
2 写しの窓口交付を受けました	_____

(裏表)

今回の開示請求にあたり、診療報酬明細書等の「傷病名」欄、「摘要」欄、「医学管理」欄、全体の「その他」欄、「処置・手術」欄中の「その他」欄及び「症状詳記」を伏せた開示を希望される場合は、次の欄に、ご署名ください。

以下記の傷病名等を伏せた開示を希望します。 (請求日) 年 月 日
(傷病名等の記載を開示しないことに同意します。)
(請求者) 署名

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 請求者の本人 捺印書類	1. 運転免許証 2. 印章 3. その他官公署の発行した免許証、許可証、証明書 ()
	1. 公的保険被保険者証 2. 共済組合員証 3. 公的年金証書 4. 公的年金手帳 5. 恩給証書 6. 身体障害者手帳 7. 療育手帳 8. 請求書に押印した印の印鑑登録証明書 9. 会社等の身分証明書(写真のあるもの) 10. 学生証(写真のあるもの)

B 法定代理人の 捺印書類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 登記事項証明書 3. 家庭裁判所の証明書 3. その他 ()
---------------------	---

C 氏名確認書類	1. 旧姓等が確認できる書類
-------------	----------------

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	-	-	-	-	-
	-	-	-	総枚数	枚

年 月 日

（あて先）は 地域連合長

保険医療機関等名 _____ 印

（主治医名 _____）

診療報酬明細書等の開示について（回答）

（受診者）

年 月 日付け 第 _____ 号で報告がありました _____ 様に係る
欄記の件について、下記のとおり回答します。

記

受付整理番号 _____

診療年月	開示の進否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 非開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 非開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 非開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 非開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 非開示	入、外、前、調、他

なお、部分開示の場合には、当該非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）
 （部分開示・非開示の理由） ※ 部分開示・非開示の場合必ずご記入ください。

（記入例）
 患者に対し、ガンの告知をまだ行っていないため。

（開示が可能となる時期）

年 月 日

診療報酬明細書等開示依頼書

年 月 日

（あて先）正統連合会

開示依頼者 件 所

氏 名

電話番号

次のとおり、下記受診者に係る診療報酬明細書等の開示を依頼します。

受診者	受診者との関係	1. 遺族 2. 遺族（未成年者・成年被扶養人）の法定代理人 3. 遺族の任意代理人
	開示（交付）の方法	1. 閲覧 2. 窓口交付を希望 3. 電話による交付を希望
	*遺族の氏名 及び生年月日	(7桁) _____ 年 月 日生

※*印欄は、依頼者が、遺族の法定代理人又は委任を受けた任意代理人の場合のみ記入してください。
 ※電話による交付を希望される場合には、住民票の写し（開示請求をする日前30日以内に交付されたものに限る）を提出していただく必要があります。
 ※診療報酬明細書等の開示に当たっては、被保険者の生前の意思や苦痛との関係で困難がないことを、事前に保険医療機関等に照会します。なお、開示することについて支障があると判断された診療報酬明細書等は、開示できませんのでご理解をお願いします。なお、照会をやり際は、依頼者を特定しないかたちで照会します。

受診者	氏名	(7桁) _____	生年月日	年 月 日生
	住所	〒 _____	都道府県	市区町村
	診療時における被保険者番号	_____	_____	_____

※受診当時の氏名・住所を記入してください。

開示依頼を行う診療報酬明細書等の詳細	
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
保険医療機関等名	(所在地)
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)
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)
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)
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)

※保険医療機関所在地は、市区町村名まで記入してください。
 ※欄が不足する場合は、別紙1に診療年月・保険医療機関等名を記入し、この開示依頼書に添付してください。
 ※区分開示を希望される場合は、裏面もご記入ください。

【受診者（依頼者）確認欄】

※ 閲覧又は窓口交付で依頼の際にご記入ください。

年 月 日

- 1 閲覧しました (番号) _____
- 2 本しの窓口交付を受けました _____

(裏表)

今回の開示依頼により、京都府税務局等の「個人名」欄、「商号」欄、「法人管理」欄、全体の「その他」欄、「財産・権利」欄中の「その他」欄及び「印状附記」を伏せた開示を希望される場合は、次の欄に、ご署名ください。

②上記の条件等を伏せた開示を希望します。 (依頼日) 年 月 日
(個人名等の記載を開示しないことに同意します。)
(依頼者) 署名

※以下の各欄は記入する必要はありません。

A 依頼者の本人 記録書類	1. 運転免許証 2. 証券 3. その他官公署の発行した免許証、許可証、証明書 ()
	1. 公的保険被保険者証 2. 共済組合員証 3. 公的年金証書 4. 公的年金手帳 5. 免許証書 6. 身体障害者手帳 7. 療育手帳 8. 請求書に押印した印の印鑑登録証明書 9. 会社等の身分証明書(写真のあるもの) 10. 学生証(写真のあるもの)

B 法定代理人の 記録書類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 登記事項証明書 3. 家庭裁判所の証明書 4. その他()
---------------------	--

C 任意代理人の 記録書類	1. 依頼者本人の署名・押印のあるレシート開示依頼に係る「委任状」 2. 委任者が委任状に押印した印の印鑑登録証明書
---------------------	---

※Cの書類は、2点とも必要。

D 本人(受取者) 死亡・遺棄時定 の記録書類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 住民票(除票) 3. その他()
----------------------------------	-------------------------------------

京 都 府 税 務 局 開 示 要 求 書

登 録 番 号	-	-	-	-	-
	-	-	-	紙枚数	枚

年 月 日

（あて先）広域連合長

保険医療機関等名 _____ 区

（主治医名 _____ ）

診療報酬明細書等の開示について（回答）

（受診者）

年 月 日付け 第 頁で取会がありました _____ 様に係る
標記の件について、下記のとおり回答します。

記

受付整理番号 _____

診療年月	開示の可否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入、外、前、調、他
年 月	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入、外、前、調、他

なお、部分開示の場合には、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）
 （部分開示・不開示の理由又は開示することについての意見）
 ※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入ください。

（記入例）
 患者が生前診療を受けていた事案を家族に知られたくないと申し出ていたため、
 主治医の個人情報が含まれているため。

（開示が可能となる時期）
 年 月 日

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。