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５年３月２９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６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年告示第１８号）の一部を次のように改正する。

第３条中「長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成１９年長崎県後期高齢者医療広域連合条例第５号）」を「個人情報の保護に関する法律（平成１５年法律第５７号）及び長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例（令和５年広域連合条例第２号）」に改める。

第６条中「長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則（平成１９年長崎県後期高齢者医療広域連合規則第４号。以下「規則」という。）第４条」を「長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例施行規則（令和５年長崎県後期高齢者医療広域連合規則第３号。以下「規則」という。）第３条」に改める。

第７条第１項中「規則第５条第１号イ」を「規則第４条第１号イ」に改め、同条第２項中「規則第５条第２号」を「規則第４条第２号」に改める。

第９条第２項「規則第６条第２項」を「規則第５条第１項」に改める。

第１１条第２項「規則第５条」を「規則第４条」に改める。

第２３条第２項「規則第１０条」を「規則第１２条」に改める。

様式第１号（第５条関係）を次のとおり改める。

様式第1号（第5条関係）

（表面）

**診療報酬明細書等の開示請求をされる方へのお知らせ（本人用）**

長崎県後期高齢者医療広域連合においては、診療報酬明細書等の開示請求があった場合、診療上の支障が生じないこと等を保険医療機関等へ確認した上で開示しております。

後期高齢者医療に係る診療報酬明細書等の開示請求をされる方は、この「お知らせ」をご覧いただき、必要書類等をご持参の上、手続されるようお願いします。

**1　開示請求ができる方**

開示請求ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

(1)　被保険者本人（被保険者であった方を含みます。）

(2)　(1)の方が成年被後見人の場合における法定代理人

**2　開示請求に当たって必要な書類**

広域連合事務局へ、開示請求をされる方本人が直接、次の書類等をご持参の上、手続してください。

(1)　保有個人情報開示請求書

※　開示請求書に掲げる開示請求者の「氏名」欄の記入について

ア　開示請求をされるご本人様が署名してください。ご本人様自署の場合、押印は不要です。ご本人様が署名できない場合は、記名のうえ押印してください。

イ　開示請求をされる方の本人確認にあたって、印鑑登録証明書を提出する場合は、記名のうえ登録されている印を押印してください。

(2)　診療報酬明細書等の開示請求に係る個人情報の内容が確認できる書類

(3)　開示請求をされる方の本人確認ができる書類(詳細は裏面のとおり)

(4)　郵送による写しの交付を希望される場合は、開示請求をされる方の住民票の写し

**3　開示請求をされる方の本人確認**

開示請求をされる方本人であることを確認するため必要書類の提示を求めています。これは、個人のプライバシーを保護する観点から欠かせないことですのでご理解をお願いします。

**4　保険医療機関等に対する事前確認（※部分開示を希望される場合は、照会は行いません。）**

診療報酬明細書等の開示に当たっては、本人の診療上支障が生じないことを、当該保険医療機関等に事前に確認する必要があります。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。

**5　診療内容に関する照会**

広域連合では、診療内容についての照会に対してはお答えできませんのでご了承ください。

**6　開示の決定**

(1)　保有個人情報開示請求書を受理した日から開示決定までの所要日数は、当該診療報酬明細書等の抽出作業、保険医療機関等への事前確認等のため1箇月程度要します。

(2)　開示方法については、保有個人情報開示請求書等で指定された方法により開示します。なお、郵送による写しの交付を希望された場合には、簡易書留による送付となります。

**7　部分開示・非開示決定に関する照会について**

部分開示・非開示決定に関する照会については、広域連合事務局において受け付けております。

**8　その他**

(1)　診療報酬明細書等は、保険医療機関等が保険診療に要した費用を保険請求するために、一定の基準に従って記載されるものであり、保険診療外のものなど必ずしも診療内容のすべてが記載されているものではないことをご理解願います。

(2)　開示請求があった診療報酬明細書等について、何らかの事情によりその存在が確認できない場合には、開示できないことをご了承願います。

(3)　調剤報酬明細書を開示する場合においては、保険薬局へ事後的にお知らせすることについてご了承願います。

(4)　診療報酬明細書等の写しを交付する際、写し作成に係る費用及び郵送による交付にあっては送料（郵便切手等）を加えた費用をお支払いいただく必要があります。

（裏面）

## 開示請求をされる方の本人確認に必要な書類

確認書類は、アから1点もしくはイから2点が必要です。

ア　次のうちいずれか1点

| |
|---|
| 個人番号カード、運転免許証、旅券その他官公署の発行した免許証、許可証又は証明書 |

イ　次のうちいずれか2点（ a から2点もしくは a から1点 b から1点）

| | |
|---|---|
| a | 公的保険被保険者証、共済組合員証、公的年金証書、公的年金手帳、恩給証書、身体障害者手帳、療育手帳、請求書に押印した印の印鑑登録証明書 |
| b | 次のうち写真の貼ってあるもの<br>会社等の身分証明書、学生証 |

※　婚姻等のため開示請求書の提出時に氏名と開示請求をする診療報酬明細書等の診療時の氏名が異なる場合は、旧姓等の確認できる書類を添付してください。

【上記以外に必要な書類】

**本人が成年被後見人である場合の法定代理人の場合**

※　被保険者が、成年被後見人であること、及び開示請求される方が成年後見人であることを確認できる次のいずれかの書類

(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) その他法定代理人関係を確認し得る書類

＊(1)から(3)の書類については、開示請求をする日前30日以内に交付されたものに限る。

※　郵送により開示請求を行う場合については、上記書類の写しに加え、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ことにより確認することとなります。

様式第２号（第５条関係）を次のとおり改める。

様式第2号（第5条関係）

（表面）

**診療報酬明細書等の開示依頼をされる方へのお知らせ（遺族用）**

長崎県後期高齢者医療広域連合においては、遺族からの診療報酬明細書等の開示依頼があった場合、被保険者の生前の意思や名誉との関係で問題が生じるおそれがないか等を保険医療機関等へ確認した上で開示しております。

後期高齢者医療に係る診療報酬明細書等の開示依頼をされる方は、この「お知らせ」をご覧いただき、必要書類等をご持参の上、手続されるようお願いします。

**1　開示依頼ができる方**

開示依頼ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

(1)　被保険者本人の父母、祖父母、配偶者、子又は孫

(2)　(1)の方が成年被後見人又は未成年者である場合における法定代理人

(3)　(1)に掲げる者が委任した代理人(任意代理人)

**2　開示依頼に当たって必要な書類**

広域連合事務局へ、開示依頼をされる方本人が直接、次の書類等をご持参の上、手続してください。

(1)　診療報酬明細書等開示依頼書

※　開示依頼書に掲げる開示依頼者の「氏名」欄の記入について

ア　開示依頼を行われるご本人様が署名してください。ご本人様自署の場合、押印は不要です。ご本人様が署名できない場合は、記名のうえ押印してください。

イ　開示依頼を行われる方の本人確認にあたって、印鑑登録証明書を提出する場合は、記名のうえ登録されている印を押印してください。

(2)　開示依頼をされる方の本人確認ができる書類(詳細は裏面のとおり)

(3)　郵送による写しの交付を希望される場合は、開示依頼をされる方の住民票の写し

**3　開示依頼をされる方の本人確認**

開示依頼をされる方本人であることを確認するため必要書類の提示を求めています。これは、個人のプライバシーを保護する観点から欠かせないことですのでご理解をお願いします。

**4　保険医療機関等に対する事前確認（※部分開示を希望される場合は、照会は行いません。）**

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名誉との関係で問題がないことを、当該保険医療機関等に事前に確認する必要があります。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。

**5　診療内容に関する照会**

広域連合では、診療内容についての照会に対してはお答えできませんのでご了承ください。

**6　開示の決定**

(1)　診療報酬明細書等開示依頼書を受理した日から開示決定までの所要日数は、当該診療報酬明細書等の抽出作業、保険医療機関等への事前確認等のため1箇月程度要します。

(2)　開示方法については、診療報酬明細書等開示依頼書で指定された方法により開示します。なお、郵送による交付を希望された場合には、簡易書留による送付となります。

**7　その他**

(1)　診療報酬明細書等は、保険医療機関等が保険診療に要した費用を保険請求するために、一定の基準に従って記載されるものであり、保険診療外のものなど必ずしも診療内容のすべてが記載されているものではないことをご理解願います。

(2)　開示依頼があった診療報酬明細書等について、何らかの事情によりその存在が確認できない場合には、開示できないことをご了承願います。

(3)　調剤報酬明細書を開示する場合においては、保険薬局へ事後的にお知らせすることについてご了承願います。

(4)　診療報酬明細書等の写しを交付する際、写し作成に係る費用及び郵送による交付にあっては送料（郵便切手等）を加えた費用をお支払いいただく必要があります。

（裏面）

## 開示依頼をされる方の本人確認に必要な書類

本人確認書類は、アから1点もしくはイから2点が必要です。

ア　次のうちいずれか1点

| |
|---|
| 個人番号カード、運転免許証、旅券、その他官公署の発行した免許証、許可証、証明書 |

イ　次のうちいずれか2点（ a から2点もしくは a から1点 b から1点）

| | |
|---|---|
| a | 公的保険被保険者証、共済組合員証、公的年金証書、公的年金手帳、恩給証書、身体障害者手帳、療育手帳、依頼書に押印した印の印鑑登録証明書 |
| b | 次のうち写真の貼ってあるもの<br>会社等の身分証明書、学生証 |

※　当該被保険者の死亡の事実及びその遺族であることが確認できる次のいずれかの書類が必要（開示依頼をする日前30日以内に交付されたものに限る）

(1)　戸籍謄本(抄本)　(2)　住民票

【上記以外に必要な書類】

### 遺族が未成年者又は成年被後見人である場合の法定代理人の場合

※　遺族が未成年者又は成年被後見人であること及び開示を依頼される方が親権者若しくは未成年後見人又は成年後見人であることを確認できる次のいずれかの書類

(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)　その他法定代理人関係を確認し得る書類

＊(1)から(3)の書類については、開示請求をする日前30日以内に交付されたものに限る。

### 遺族が開示依頼を委任した代理人（任意代理人）の場合

※　任意代理人への委任確認は、次に掲げる書類(開示依頼をする日前30日以内に交付されたものに限る)の提出を求め、当該遺族からレセプトの開示依頼に関する委任があることを確認すること。

ア　委任者の署名・押印のあるレセプト開示依頼に係る「委任状」
イ　委任者が委任状に押印した印の印鑑登録証明書

※　郵送により開示依頼を行う場合については、上記書類の写しに加え、住民票の写し（開示依頼をする日前30日以内に交付されたものに限る)を提出していただくことにより確認することとなります。

様式第３号（第６条関係）を次のとおり改める。

様式第3号（第6条関係）

（表面）

## 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 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 生年月日 | 年　月　日生 |
| | 住所 | 〒　－<br>都道府県　郡市区　町村<br>（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．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） |
| 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、この様式に添付してください。
※部分開示を希望される場合は、裏面もご記入ください。

【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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面）

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。

◎上記の傷病名等を伏せた開示を希望します。
（傷病名等の記載を開示しないことに同意します。）

（請求日）　　年　　月　　日

（請求者）署名

※以下の各欄は記入する必要がありません。

| | |
|---|---|
| A<br>請求者の本人確認書類 | 1．個人番号カード　2．運転免許証<br>3．旅券　4．その他官公署の発行した免許証、許可証、証明書<br>（　　） |
| | 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<br>5．恩給証書　6．身体障害者手帳　7．療育手帳<br>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）<br>10．学生証（写真のあるもの） |

| | |
|---|---|
| B<br>法定代理人の確認書類 | 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<br>3．その他（　　） |

| | |
|---|---|
| C<br>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 | |

様式第７号（第１０条関係）を次のとおり改める。

様式第7号（第10条関係）

第　　号
年　　月　　日

（保険医療機関等）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

広域連合長　　印

## 診療報酬明細書等の開示決定について（お知らせ）

平素より、当広域連合の運営につきましては、格別のご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

当広域連合に開示請求があった診療報酬明細書等につきましては、個人情報の保護に関する法律及び長崎県広域高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例の規定に基づき、下記のとおり決定し、年　　月　　日付けで請求者に対し通知しましたので、お知らせします。

記

受付整理番号 ＿＿＿＿＿＿

| 受付日 | 受診者氏名 | 受診者生年月日 |
|---|---|---|
| | | |

| 開示の実施方法 | 1．閲　覧　　2．写しの交付 |
|---|---|

| 診療年月 | 開示内容 |
|---|---|
| 年　　月 | 1．開示　2．部分開示　3．非開示 |
| 年　　月 | 1．開示　2．部分開示　3．非開示 |
| 年　　月 | 1．開示　2．部分開示　3．非開示 |
| 年　　月 | 1．開示　2．部分開示　3．非開示 |
| 年　　月 | 1．開示　2．部分開示　3．非開示 |

※　部分開示の場合のみ、非開示の部分を伏せて開示した診療報酬明細書の写しを添付します。

（　　年　　月診療分について、開示又は非開示と決定した理由）

（　　）

様式８号（第１０条関係）を次のとおり改める。

様式第8号（第10条関係）

第　　号
年　　月　　日

（保険医療機関等）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

広域連合長　　印

## 診療報酬明細書等の部分開示決定について（お知らせ）

平素より、当広域連合の運営につきましては、格別のご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

当広域連合に開示請求があった診療報酬明細書等につきましては、個人情報の保護に関する法律及び長崎県広域高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例の規定に基づき、下記のとおり決定し、　　年　月　日付けで請求者に対し通知しましたので、お知らせします。

なお、請求者の同意があったことにより、部分開示（傷病名等の記載を非開示）となるため、診療報酬明細書等を開示することによって被保険者の診療上支障が生じるか否かについて、事前に照会はしておりませんので、念のため申し添えます。

記

受付整理番号 ＿＿＿＿＿＿

| 受付日 | 受診者氏名 | 受診者生年月日 |
|---|---|---|
| | | |

| 開示の実施方法 | １．閲　覧　　２．写しの交付 |
|---|---|

| 診療年月 | 開示内容 | 診療報酬明細書等区分 |
|---|---|---|
| 年　月 | 部分開示 | 1. 医科入院　2. 医科入院外　3. 歯科　4. 調剤　5. その他 |
| 年　月 | 部分開示 | 1. 医科入院　2. 医科入院外　3. 歯科　4. 調剤　5. その他 |
| 年　月 | 部分開示 | 1. 医科入院　2. 医科入院外　3. 歯科　4. 調剤　5. その他 |
| 年　月 | 部分開示 | 1. 医科入院　2. 医科入院外　3. 歯科　4. 調剤　5. その他 |
| 年　月 | 部分開示 | 1. 医科入院　2. 医科入院外　3. 歯科　4. 調剤　5. その他 |

※　非開示の部分を伏せて開示した診療報酬明細書の写しを添付します。

様式９号（第１０条関係）を次のとおり改める。

様式第9号（第10条関係）

第　　号
年　　月　　日

（保険薬局）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

広域連合長　　印

## 調剤報酬明細書の開示決定について（お知らせ）

平素より、当広域連合の運営につきましては、格別のご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

当広域連合に開示請求があった調剤報酬明細書につきましては、個人情報の保護に関する法律及び長崎県広域高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例の規定に基づき、下記のとおり決定し、　　年　　月　　日付けで請求者に対し通知しましたので、お知らせします。

記

受付整理番号 ＿＿＿＿＿＿

| 受付日 | 受診者氏名 | 受診者生年月日 |
|---|---|---|
| | | |

| 開示の実施方法 | １．閲　覧　　２．写しの交付 |
|---|---|

| 調剤年月 | 保険医療機関等名 | 開示内容 |
|---|---|---|
| 年　月 | | １．開　示　　２．部分開示 |
| 年　月 | | １．開　示　　２．部分開示 |
| 年　月 | | １．開　示　　２．部分開示 |
| 年　月 | | １．開　示　　２．部分開示 |
| 年　月 | | １．開　示　　２．部分開示 |

※　部分開示の場合のみ、非開示の部分を伏せて開示した調剤報酬明細書の写しを添付します。

様式第１０号（第１３条関係）を次のとおり改める。

様式第10号（第13条関係）

（表面）

# 診療報酬明細書等開示依頼書

年　　月　　日

（あて先）広域連合長

開示依頼者　住　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。

| | | |
|---|---|---|
| 依頼者欄 | 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<br>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．郵送による交付を希望 |
| | ＊遺族の氏名<br>及び生年月日 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）<br>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。
※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。
※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名誉との関係で問題がないことを、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、照会を行う際は、依頼者を特定しないかたちで照会します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 受診者欄 | 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生年月日 | 年　月　日生 |
| | 住所 | 〒　－<br>都道府県　郡市区　町村<br>（電話）　－　－ | | |
| | 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。
※部分開示を希望される場合は、裏面もご記入ください。

【受領者（依頼者）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

（裏面）

今回の開示依頼にあたり、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。

◎上記の傷病名等を伏せた開示を希望します。
（傷病名等の記載を開示しないことに同意します。）

（依頼日）　　年　　月　　日

（依頼者）署名

※以下の各欄は記入する必要がありません。

| | |
|---|---|
| A<br>依頼者の本人確認書類 | 1．個人番号カード　2．運転免許証<br>3．旅券　4．その他官公署の発行した免許証、許可証、証明書<br>（　　）<br>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<br>5．恩給証書　6．身体障害者手帳　7.療育手帳<br>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）<br>10．学生証（写真のあるもの） |

| | |
|---|---|
| B<br>法定代理人の確認書類 | 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<br>4．その他（　　） |

| | |
|---|---|
| C<br>任意代理人の確認書類 | 1．依頼者本人の署名・押印のあるレセプト開示依頼に係る「委任状」<br>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<br>本人（受診者）死亡・遺族特定の確認書類 | 1．戸籍謄本（抄本）　2．住民票（除票）<br>3．その他（　　） |

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

附　則

この要領は、令和５年４月１日から施行する。