

診療報酬明細書等の開示請求をされる方へのお知らせ

健康保険組合においては、診療報酬明細書等の開示請求があった場、診療上の支障が生じないこと等を確認した上で開示しているところであります。

「診療報酬明細書等開示請求書」を提出される方は、あらかじめ、この「お知らせ」をご覧ください手続きされるようお願いいたします。

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) 開示請求を行う診療報酬明細書等に記載されている被保険者及び被扶養者本人(であった方を含む)
- (2) (1)の方が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人
- (3) (1)の方被保険者本人が開示請求をすることにつき委任をした代理人(任意代理人)

2. 開示請求にあたって必要な書類等

健康保険組合へは、必ず、開示依頼をされる方本人が直接、(1)に必要な事項記入し、(2)の書類を添付のうえ手続きをしてください。

- (1) 診療報酬明細書等開示請求書
- (2) 開示請求を行う方の本人確認ができる書類(詳細は裏面のとおりに)

3. 開示請求を行う方の本人確認

開示請求ができるのは上記1の該当者本人に限っており、また、手続き等に当たって、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出を求めています。これはあくまでも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あり、ご理解をお願いします。

4. 開示請求を行う場合の手数料について

開示請求の手数料は申請書1件につき 300円 + A4文書 1枚につき 20円 となります。

5. 保険医療機関等に対する事前確認

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。

従って、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、開示できませんのご理解をお願いします。

6. 診療内容に係わる照会

健康保険組合では、診療内容についての照会に対してはお答え出来ませんのでご了承ください。

7. 開示決定等の事務処理

- (1) 当健保では郵送による開示のみを実施しております。
開示対象となる診療報酬明細書(写し)を「簡易書留」にて送付致します。
- (2) 診療報酬明細書等開示請求書を受理した日から開示(交付)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為2ヶ月程度要します。

8. 部分開示・不開示決定に関する照会について

部分開示・不開示決定に関する照会については資格給付Gにおいて受け付けております。

9. 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全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ください。

(裏面)

**「診療報酬明細書等の開示請求書」を提出の際、開示請求をされる方の本人確認に必要な書類
(下記の書類の中からどれか1つを選んで その書類の写し(コピー)を添付してください。)**

- (1)免許証の写し(両面)
- (2)パスポートの写し(顔写真および住所記載ページ)
- (3)マイナンバーカードの写し(顔写真掲載面)

等、診療報酬明細書等開示請求書に記載された氏名、住所(居所)が同一であることを確認できるもの

〔上記以外に必要な書類(原本)〕

開示請求される方が、被保険者又は被扶養者本人の場合(であった方を含む)

※ 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。

**開示請求をされる方が、被保険者又は被扶養者本人が
未成年者又は成年被後見人である場合における法定代理人の場合**

※ 被保険者又は被扶養者が未成年者又は成年被後見人であること及び開示を請求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
(開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る)

- (1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票 (3) 登記事項証明書
- (4) 家庭裁判所の証明書 (5) その他法定代理人関係を確認し得る書類

**開示請求をされる方が、被保険者又は被扶養者本人が
開示請求をすることにつき委任をした代理人(任意代理人)の場合**

※ 任意代理人の本人確認は、次に掲げるいずれの書類(開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る)の提出を求め、当該被保険者又は被扶養者本人からの診療報酬明細書等の開示請求に関する委任があることを確認すること。

- (1)被保険者又は被扶養者本人の署名・押印のある診療報酬明細書等開示請求に係る「委任状」
- (2)「委任状」に押印された印の印鑑登録証明書

(表面)

診療報酬明細書等開示請求書

トヨタ関連部品健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出
受付整理番号 _____

請求者欄	氏名	フリガナ	印	性別	男 女	生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日
	住所	〒					連絡先 (TELNo.)	
	受診者との関係	1.	本人又は家族	2.	法定代理人	3.	任意代理人	

- 「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、番地アパート名等まで詳しく記入してください。

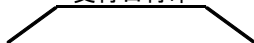
個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します

(診療時における)		被保険者等の記号番号		被保険者氏名			
受診者欄	氏名	フリガナ	性別	男 女	生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日
	住所	〒					連絡先 (TELNo.)

- 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・住所」欄の記入の必要はありません。

I	診療年月	診療報酬明細書等区分					
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科入院	4. 歯科入院外	5. 調剤	6. その他
保険医療機関等名		所在地					
II	診療年月	診療報酬明細書等区分					
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科入院	4. 歯科入院外	5. 調剤	6. その他
保険医療機関等名		所在地					
III	診療年月	診療報酬明細書等区分					
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科入院	4. 歯科入院外	5. 調剤	6. その他
保険医療機関等名		所在地					
IV	診療年月	診療報酬明細書等区分					
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科入院	4. 歯科入院外	5. 調剤	6. その他
保険医療機関等名		所在地					

受付日付印



(裏面)

※ 以下の各欄は記入する必要はありません。

A 依頼者の 本人確認書類	1. 免許証の写し(両面) 2. パスポートの写し(顔写真および住所記載ページ) 3. マイナンバーカードの写し(顔写真掲載面)
----------------------------	--

B 法定代理人の 確認書類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. (その他)
----------------------------	---

C 任意代理人の 確認書類	1. 被保険者又は被扶養者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求にかかる「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
----------------------------	--

* Cの書類は、2点とも必要

診療報酬明細書等摘要欄				
整理番号				

(総枚数 枚)

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)

健康保険組合においては、遺族からの診療報酬明細書等の開示依頼があった場合、被保険者等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確認した上で開示しているところであり
ます。

「診療報酬明細書等開示依頼書」を提出される方は、あらかじめ、この「お知らせ」をご覧ください手続き
き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) 被保険者及び被扶養者が死亡している場合は、当該被保険者及び被扶養者の父母、配偶者若
しくは子またはこれらに準ずる者(祖父母、孫)
- (2) (1)の方が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人
- (3) (1)の方からレセプトの開示依頼に関する委任を受けた代理人(任意代理人)

2. 開示依頼にあたって必要な書類等

健康保険組合へは、必ず、開示依頼をされる方本人が直接、(1)に必要事項記入し、(2)の書類を
添付のうえ手続きをしてください。

- (1) 診療報酬明細書等の開示依頼書(遺族用)
- (2) 開示依頼を行う方の本人確認ができる書類(詳細は裏面のとおりに)

3. 開示依頼を行う方の本人確認

開示依頼ができるのは上記1の該当者本人に限っており、また、手続き等に当たって、開示依頼を
行う方本人であることを確認するため必要書類の提出を求めています。これはあくまでも個人のプ
ライバシーを保護する観点から欠かせないことであり、ご理解をお願いします。

4. 開示依頼を行う場合の手数料について

開示依頼の手数料は申請書1件につき 300円 + A4文書 1枚につき 20円 となります。

5. 保険医療機関等に対する事前確認

診療報酬明細書等が医師の個人情報となる場合については、遺族の同意が得られていれば、開示
についての意見を保険医療機関等に照会を行うこととしております。

また診療報酬明細書等が医師の個人情報とならない場合については、遺族の同意が得られていれ
ば、開示した旨のお知らせを行うこととしております。

なお、同意が得られていない場合で診療報酬明細書等が医師の個人情報となるときは、不開示決
定されることとなります。

6. 診療内容に係わる照会

健康保険組合では、診療内容についての照会に対してはお答え出来ませんのでご了承ください。

7. 開示決定等の事務処理

(1) 当健保では郵送による開示のみを実施しております。

開示対象となる診療報酬明細書(写し)を「簡易書留」にて送付致します。

(2) 診療報酬明細書等開示依頼書を受理した日から開示(交付)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為2ヶ月程度要します。

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全てが記載
されているものではないことをご理解願います。

(2) 開示することによって、被保険者等の生前の意思や名誉との関係で問題が生じるおそれがある
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。

(3) 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。

(裏面)

「診療報酬明細書等の開示依頼書」を提出の際、開示依頼をされる方の本人確認に必要な書類
(下記の書類の中からどれか1つを選んで その書類の写し(コピー)を添付してください。)

- (1) 免許証の写し(両面)
- (2) パスポートの写し(顔写真および住所記載ページ)
- (3) マイナンバーカードの写し(顔写真掲載面)

等、診療報酬明細書等開示依頼書に記載された氏名、住所(居所)が同一であることを確認できるもの

〔上記以外に必要な書類(原本)〕

開示依頼される方が、遺族の場合(父母、配偶者、子、祖父母、孫)

※ 遺族の場合は、上記 1、2 のほか、当該被保険者又は被扶養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
(開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る)

- (1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票(除票) (3) 死亡診断書

**開示依頼される方が、遺族でかつ
未成年者又は成年被後見人である場合における法定代理人の場合**

※ 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
(開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る)

- (1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票 (3) 登記事項証明書
- (4) 家庭裁判所の証明書 (5) その他法定代理人関係を確認し得る書類

※ 遺族の法定代理人の場合は、上記の他、当該被保険者又は被扶養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
(開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る)

- (1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票(除票) (3) 死亡診断書

**開示依頼をされる方が、
遺族が開示依頼をするにつき委任をした代理人(任意代理人)の場合**

※ 任意代理人の本人確認は、次に掲げるいずれの書類(開示依頼をする日前30日以内に作成されたものに限る)の提出を求め、当該遺族からの診療報酬明細書等の開示依頼に関する委任があることを確認すること。

- (1) 遺族の署名・押印のある診療報酬明細書等開示依頼にかかる「委任状」
- (2) 「委任状」に押印された印の印鑑登録証明書

診療報酬明細書等開示依頼書(遺族用)

トヨタ関連部品健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出
受付整理番号 _____

依頼者の氏名	フリガナ 印	性別	男 女	生年月日	昭・平・令	年 月 日
依頼者の住所	〒				連絡先 (TELNo.)	
受診者との関係	1. 遺族	2. (未成年者、成年被後見人)の法定代理人			3. 任意代理人	
* 遺族の氏名	フリガナ 印	性別	男 女	生年月日	昭・平・令	年 月 日
保険医療機関等に開示についての意見を照会し、又は開示した旨を保険医療機関等へ連絡することについて同意されますか。						はい・いいえ
開示することは被保険者等の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか。						はい・いいえ
(開示を求める特別な理由があれば記載してください。)						

- 「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、番地アパート名等まで詳しく記入してください。
- *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。

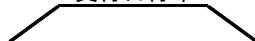
次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

(診療時における)		被保険者等の記号番号		被保険者氏名			
受診者欄	氏名	フリガナ	性別	男 女	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	住所	〒				連絡先 (TELNo.)	

- 受診当時の氏名を記入してください。

I	診療年月	診療報酬明細書等区分
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科入院 4. 歯科入院外 5. 調剤 6. その他
	保険医療機関等名	所在地
II	診療年月	診療報酬明細書等区分
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科入院 4. 歯科入院外 5. 調剤 6. その他
	保険医療機関等名	所在地
III	診療年月	診療報酬明細書等区分
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科入院 4. 歯科入院外 5. 調剤 6. その他
	保険医療機関等名	所在地
IV	診療年月	診療報酬明細書等区分
	R 年 月 ~ R 年 月 診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科入院 4. 歯科入院外 5. 調剤 6. その他
	保険医療機関等名	所在地

受付日付印



(裏面)

※ 以下の各欄は記入する必要はありません。

A 依頼者の 本人確認書類	1. 免許証の写し(両面) 2. パスポートの写し(顔写真および住所記載ページ) 3. マイナンバーカードの写し(顔写真掲載面)
----------------------------	--

B 法定代理人の 確認書類	1. 戸籍謄本(抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. (その他)
----------------------------	---

C 任意代理人の 確認書類	1. 遺族の署名・押印のあるレセプト開示請求にかかる「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書(原本)
----------------------------	--

* Cの書類は、2点とも必要

D 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 3. 死亡診断書 4. (その他)
---	--

診療報酬明細書等摘要欄

整理番号					

(総枚数 枚)