

本人開示請求に係る保有個人情報の内容

被 保 険 者 本 人 等 欄	保険者番号	3914	被保険者番号	
	フリガナ			
	受診時の氏名			
	受診時の住所	神奈川県		
	連絡先	()		
同意欄	私が、「診療報酬報酬明細書を開示請求したこと」について、広域連合が、保険医療機関等へ連絡することに同意します。 署名_____			

番号	診療年月	診療報酬明細書等区分 (該当する番号に○をつけてください。)	保険医療機関名等
			所在地 (市区町村名までご記入ください。)
1	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
2	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
3	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
4	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
5	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
6	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
7	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
8	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
9	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ
10	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	<input type="checkbox"/> 上記に同じ